

# ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

## DEUXIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,  
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,  
Correspondant de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine,  
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. HORTELOUP

Chirurgien de l'hôpital du Midi,  
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Secrétaire de la rédaction :

D<sup>r</sup> P. MERKLEN

Les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* paraissent mensuellement le 25 de chaque mois.  
Chaque numéro forme environ 5 feuilles avec planches et figures dans le texte.  
PAIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL : Paris, 30 fr. ; — Départements et Union postale, 32 fr.

TOME IX. — N° 2.

25 Février 1888.

### SOMMAIRE.

Mémoires originaux : I. De la dermatite herpétiforme de Dahring, par BHOON (Suite). — II. Tuberculose verruqueuse de la peau. Traitement iodoforme dans la scrofulo-tuberculose cutanée non ulcéralive, par MOREL-LAVALLÉE (Fin).  
Recueil de faits : I. Hydroa bulbeux de Bazin à récidive. Guérison, par PATRINI (de Galatz). — II. Syphilis héréditaire, par LINN.  
Revue de dermatologie : I. De l'eczéma séborrhéique, par UNNA. — II. Sur le développement normal et quelques altérations des poils, par S. GIOVANNINI. — III. Trichophytie dermique, par CAMPANA. — IV. De la teinture de Siegesbesckia orientalis dans la trichophytie, par J. HORTENSON. — V. Lupus érythémateux, par BALMANN-SQUIRE. — VI. Traitement du lupus par les applications locales, par UNNA. — VII. Sur le traitement du lupus et des épithéliomas par l'acide lactique, par DOYON. — VIII. De l'emploi en dermatologie de l'acide lactique concentré, par KNOCKE.  
Vario : Organisation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie dans les universités allemandes et austro-hongroises, par le professeur LÉLOIN.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MDCCCLXXXVIII

AVIS. — Les auteurs des Mémoires originaux insérés dans les ANNALES DE DERMATOLOGIE reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail, tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination. — Il n'est pas fait de tirages à part.

**EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE**  
*Enfants Débiles — Maladies de la Peau et des Os*



# LA BOURBOULE



*Rhumatismes — Voies respiratoires*  
**ANÉMIE — DIABÈTE — FIÈVRES INTERMITTENTES**

## VIN DE CHASSAING — Pepsine et Diastase —

Dans son Rapport sur cette préparation (mars 1864), l'Académie de Médecine de Paris a déclaré qu'il n'y avait aucune incompatibilité chimique entre la Pepsine et la Diastase, et que l'association de ces deux ferments digestifs pouvait rendre des services à la Thérapeutique.

Depuis cette époque, le **Vin de Chassaing** a conquis dans l'art de guérir une place importante. La plupart des Médecins l'ont adopté et prescrit spécialement dans le traitement des *Dyspepsies*.

Peut-être, Monsieur le Docteur, avez-vous eu déjà l'occasion d'en prescrire l'emploi? Permettez-moi, dans tous les cas, de le placer sous votre patronage et de vous le recommander dans les cas de : *Dyspepsie, Gastralgie, Vomissements incoercibles, Diarrhée, Alimentation insuffisante, Convalescences, Perte de l'Appétit, des Forces, etc.*

(Dose : un à deux verres à liqueur à chaque repas.)



PARIS, 6, avenue Victoria  
ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.

**P. S.** — *La Pepsine et la Diastase sont préparées par nous à notre usine d'Amières (Seine). Nous serions heureux de vous y recevoir, et de vous faire juge des soins que nous apportons à la fabrication de nos produits et des efforts que nous avons faits pour arriver à la bonne préparation des ferments physiologiques.*

## Sirop de Falières — Bromure de Potassium —

Les Bromures de Potassium du Commerce sont souvent impurs et contiennent jusqu'à 30 et 40 % de carbonate de potasse, d'iodure de potassium et surtout de chlorure de potassium. L'Académie de Médecine de Paris l'a constaté lorsqu'en 1871 elle a donné, sur le rapport de l'un de ses Membres, M. le professeur Poggiale, son approbation exclusive au mode de préparation et de purification du Bromure de Potassium soumis par M. Falières.

Cette préparation a donc le mérite de vous offrir un Bromure de Potassium absolument pur. Chaque cuillerée à bouche contient 2 grammes de Bromure, une cuillerée à dessert 1 gramme, une cuillerée à café 50 centigrammes.

Vous en obtiendrez de bons résultats partout où l'emploi du Bromure de Potassium est indiqué.

### **Bromure de Potassium granulé de Falières**

Chaque Flacon contient 75 grammes de sel pur et est accompagné d'une cuiller-mesure contenant 50 centigrammes. Cette préparation a le double avantage d'être économique et de permettre au malade de faire sa solution au moment du besoin et en se conformant à la prescription de son médecin.

PARIS, 6, avenue Victoria  
ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Sur votre demande, nous nous empresserons de vous adresser le Rapport de M. Poggiale, soumis à l'Académie de Médecine et approuvé par elle.

## Phosphatine Falières

Aliment des plus agréables et pouvant entre les mains des Médecins être un excellent adjuvant de la médication phosphatée. Il vous rendra de bons services :

*Chez les enfants, surtout au moment du sevrage ; chez les femmes enceintes ou nourrices ; chez les vieillards et les convalescents.*

(Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de Phosphate de chaux pur et assimilable.)

PARIS, 6, avenue Victoria  
ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.



ecine de  
ine et la  
services

ne place  
dans la

emploi?  
vous le  
*Diarrhée,*

Victoria

INRACIA

(Seine)  
pportion  
er à la

jusqu'à  
rure de  
donné,  
obation  
soumis

lument  
liée à

tassium

mesure  
omique  
ormant

oggiato,

cellent

ces;

(A.B.E.U.)





## TRAVAUX ORIGINAUX.

## MÉMOIRES.

## I

## DE LA DERMATITE HERPÉTIFORME DE DUHRING

(*Arthritides bulleuses* de BAZIN. — *Pemphigus pruriginosus* de M. le professeur HARDY. — *Hydroa* de quelques auteurs anglais.)

I<sup>re</sup> PARTIE. — EXPOSÉ ET DISCUSSION DES IDÉES DE DUHRING.

II<sup>e</sup> PARTIE. — DE LA DERMATITE POLYMORPHE PRURIGINEUSE CHRONIQUE ET SUBAIGUE.

III<sup>e</sup> PARTIE. — DES DERMATITES POLYMORPHES PRURIGINEUSES AIGUES.

IV<sup>e</sup> PARTIE. — DE LA DERMATITE POLYMORPHE PRURIGINEUSE RÉCIDIVANTE DE LA GROSSESSE (*Herpes gestationis*).

Par le Dr L. BROcq, médecin des hôpitaux.

(Suite.)

3<sup>e</sup> HERPÈS AVEC DIVERS QUALIFICATIFS.

Nous ne croyons pas que la plupart de ces cas puissent être assimilés à la dermatite polymorphe prurigineuse chronique. Il est bien difficile de savoir au juste ce qu'est l'observation publiée par Jarisch (1) sous le nom d'*herpès iris* et, dans laquelle, il s'agit d'une femme qui avait eu antérieurement des éruptions bulleuses, qui succomba rapidement avec des lésions rénales et pulmonaires et chez laquelle l'auteur constata des altérations de la substance grise de la moelle.

Nous verrons que des observations publiées par E. Wilson, sous le nom d'*herpes circinatus bullosus* sont des cas d'*herpes gestationis*. Quant à l'*herpes phlyctenodes* de Gibert (2), « il est caractérisé par de petites « vésicules bien isolées et bien transparentes au début, qui s'accompa-  
« gnent de prurit, souvent de rougeur et d'inflammation de la peau,

(1) Ueber die Coincidenz von Erkrankungen der Haut und der grauen Ache des Rückenmarkes (*Viertelj. für Derm. und Syph.*, p. 135, 1880).

(2) GIBERT. *Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis*, t. 1, p. 212, 1860.

« grossissent, deviennent opaques et troubles au bout de quelques jours, « puis se sèchent avec ou sans formation de croûtes : on le voit souvent « se borner aux membres supérieurs et même aux mains et aux avant- « bras. Les vésicules d'abord miliaires, isolées, remplies d'une sérosité « limpide, grossissent jusqu'à acquérir parfois la dimension d'un pois, « d'une lentille, d'une petite amande; d'autres, pendant ce temps, com- « mencent à paraître dans leurs interstices; la peau qui est le siège de « l'éruption est ordinairement rouge, gonflée, tendue; souvent ces « vésicules forment quelques groupes séparés par des intervalles de peau « saine, quelquefois elles forment un semis qui recouvre une large sur- « face; mais alors encore on retrouve, sur d'autres points, de petits « groupes d'herpès au milieu d'une surface cutanée saine... La durée « totale de la maladie, composée de l'éruption successive des vésicules, « varie de deux à trois septénaires. Elle est assez sujette à récidiver à « certaines époques de l'année; il y a des malades qui en sont affectés « au printemps et à l'automne de chaque année. » (Gibert, *loc. cit.*)

Si l'on s'en tient à cette description, on voit que l'herpès phlycténoïde de Gibert n'a de commun avec la dermatite polymorphe prurigineuse chronique que certains troubles fonctionnels, et un certain aspect de l'éruption qui ressemble à la variété vésiculeuse et bulleuse de cette affection. Il n'en a ni la durée, ni l'évolution, ni les poussées successives. Il correspond à certains cas publiés par les auteurs sous le nom d'hydroa vésiculeux, hydroa herpétiforme, etc... Mais, quand on étudie de plus près les observations qui portent cette étiquette, on ne tarde pas à se convaincre que ce n'est pas sans quelques motifs valables que Dühring les a fait rentrer dans son groupe de la dermatite herpétiforme.

Gibert publie, en effet, à la suite de sa description comme exemple de de son herpès phlycténoïde le cas d'une femme de 27 ans qui fut pour la première fois atteinte, en 1814, d'une éruption phlycténoïde survenue à la suite de vives frayeurs. Depuis cette époque jusqu'en novembre 1819, date du dernier examen, la malade était restée sujette à des poussées continues (avec intervalles de santé parfaite) de petits boutons vésiculeux s'accompagnant de rougeur vive de la peau, de prurit et de cuisson fort intenses. Ce fait ne semble-t-il pas, grâce à ses récidives continuelles de poussées aiguës, se rapprocher de certains de ceux que nous avons rapportés au début de cet article ? Ne semble-t-il pas constituer un fait de passage entre notre dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, et des faits à évolution rapide caractérisés par une éruption polymorphe et des phénomènes cutanés douloureux de prurit et de cuisson, dignes du nom de dermatite polymorphe prurigineuse aiguë ? Nous concevons fort bien pour notre part, avec les réserves précédentes, que Dühring, frappé de ces analogies, ait pu regarder ce cas comme un

bel exemple de la variété vésiculeuse et bulleuse de la dermatite herpétiforme, comparable à l'observation VI, intitulée cas de dermatite herpétiforme causée par un ébranlement nerveux.

Le cas publié par Chausit (1) sous le nom d'herpès phlycténoïde justifie encore mieux les idées de Duhring. Il s'agit en effet d'une jeune femme de 21 ans (2), qui était atteinte d'une éruption erythémateuse et vésiculo-bulleuse d'une longue durée survenant par poussées successives, accompagnée d'un vif sentiment de cuisson et coïncidant avec des troubles de la menstruation. Cette observation qui peut être considérée comme un fait de passage avec la dermatite polymorphe prurigineuse chronique et l'herpes gestationis, nous semble devoir être rangée dans le groupe que nous étudions.

#### 4<sup>e</sup> LA PLUPART DES VARIÉTÉS DE PEMPHIGUS.

Nous savons que Duhring fait rentrer dans la dermatite herpétiforme la plupart des variétés de pemphigus décrites telles que le *pemphigus circinatus* de Rayer, le *pemphigus aigu prurigineux* de Chausit, le *pemphigus composé*, l'*herpès pemphigoi*de de Deyergie, le *pemphigus pruriginosus* de Hardy, le *pemphigus* de Klein. Telles sont du moins celles qu'il cite dans ses articles.

a. *Pemphigus circinatus* de Rayer. — Sous le titre *Pemphigus chronique : bulles disposées en anneaux et en guirlandes, complication avec l'herpes circinatus*, Rayer a publié (3) le cas d'un homme de 68 ans qui avait eu, en juin 1827, une première attaque de pemphigus dont il avait guéri au bout de cinq semaines, puis qui fut pris, en juin 1828, d'une nouvelle poussée qui durait encore en août, mais dont l'évolution ultérieure n'est pas mentionnée. L'éruption avait débuté par le poignet ; elle était composée de taches rouges ou d'un rose foncé, figurées, de bulles plus ou moins volumineuses, transparentes ou opalines, renfermant une fausse membrane blanchâtre, de vésicules, de croûtes, et d'éléments ressemblant à ceux de l'ecthyma ; elle s'accompagnait de prurit et de fourmillements des plus vifs. Je crois donc que cette observation peut très bien être rangée dans la dermatite polymorphe prurigineuse chronique, dont elle présente l'éruption polymorphe et les symptômes fonctionnels ; malheureusement le malade n'a peut-être pas été suivi assez longtemps pour que la certitude soit absolue.

(1) CHAUSIT. — *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, vol. 4, n° 5, p. 117, février 1852).

(2) Voir observation XXXI de notre Mémoire, n° partie.

(3) RAYER. — *Traité théorique et pratique des mal. de la peau*, obs. XXVII, t. 1, p. 284, 1835).

*b. Pemphigus pruriginosus de Chausit.* — Duhring (1) fait rentrer dans sa dermatite herpétiforme le cas publié sous ce titre par Chausit dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* (4<sup>me</sup> volume, n° 6, mars 1852, p. 141). Nous verrons plus loin que ce cas doit être rangé dans l'herpes gestationis. Parmi les publications de Racle et de Chausit faites sous la direction de leur maître Cazenave, nous avons pu retrouver d'autres documents portant des titres presque semblables, non mentionnés par l'auteur américain, et qui nous semblent se rapporter à la dermatite polymorphe prurigineuse chronique. C'est ainsi que Racle jeune a fait paraître (2) sous le titre de *pemphigus chronique* l'observation des plus remarquables d'un homme qui, depuis 1837 jusqu'en 1844, époque où il succomba à une péritonite très probablement tuberculeuse, présentait des poussées successives extrêmement prurigineuses. Dans une de ses leçons recueillie par Chausit (3), Cazenave parle d'un malade, atteint, dit-il, de *pemphigus pruriginosus*, de *pemphigus aigu successif* chez lequel les poussées éruptives qui duraient depuis 18 mois, se manifestaient d'abord par des éléments érythémateux, puis bulleux, plus ou moins figurés, et s'accompagnaient d'un prurit des plus intenses : ces poussées étant séparées par des intervalles de santé parfaite, nous avons cru devoir ranger ce cas dans nos faits de passage, intermédiaires à la dermatite polymorphe prurigineuse chronique et à ces faits encore mal définis, dont nous allons parler, et que l'on pourrait désigner provisoirement sous le nom de *dermatites polymorphes prurigineuses aiguës*.

*c. Pemphigus composé, herpès pemphigoïde de Devergie.* — Il n'est pas bien facile de se faire une idée exacte de ce que Devergie (4) appelle le pemphigus composé ou herpès pemphigoïde, ou encore pemphigus herpétiforme. Toutefois il publie sous ce nom le cas d'une femme de 50 ans qui, depuis quatre mois, était atteinte d'une affection prurigineuse caractérisée par des éléments circinés érythémateux à extension centrifuge sur lesquels se formaient des bulles de grosseurs variables : ce cas semble bien pouvoir être rangé dans la dermatite polymorphe prurigineuse bénigne à poussées successives. Il rapporte de plus sous le nom de *pemphigus diutinus hémorragique* (forme de pemphigus non encore décrite, ajoute-t-il), l'observation d'une femme de 45 ans qui, à la suite d'une colère des plus violentes, avait vu trois ans auparavant se produire une éruption d'élevures rosées avec douleurs lancinantes, puis de vésicules et

(1) DUHRING. *Loc. cit.* (*Medical News*, p. 421, 17 octobre 1885).

(2) RACLE JEUNE, service du Dr CAZENAVE. — (*Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, vol. 2, n° 3, p. 80, octobre 1844).

(3) Leçon de Cazenave recueillie par Chausit. — *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* vol. 4, n° 10, p. 260, juillet 1852).

(4) DEVERGIE. *Traité pratique des maladies de la peau*, p. 306 et suiv., 1857.

de bulles sanguinolentes. Malgré la longue durée de l'affection la santé générale de la malade n'était pas altérée. Ce cas, non signalé par Duhring, me semble devoir être rangé dans la dermatite polyphorme prurigineuse chronique.

d. *Pemphigus pruriginosus* de Hardy. Voici ce que dit M. le professeur Hardy du pemphigus pruriginosus (1) : « Dans une variété du « pemphigus bulleux chronique, la peau est le siège d'une démangeaison excessivement vive : les bulles sont ordinairement petites et nombreuses ; elles se succèdent rapidement, et la peau prend quelquefois « une coloration brune semblable à celle qu'on rencontre dans les prurigos chroniques, coloration qui se rapporte à une sécrétion pigmentaire exagérée : c'est là la variété désignée par quelques auteurs, et « en particulier par Alphée Cazenave sous le nom de *Pemphigus pruriginosus*. »

Dans la première analyse (2) que nous avons faite des travaux de Duhring sur la dermatite herpétiforme, nous déclarâmes, avant de savoir à quelles affections l'auteur américain la faisait correspondre, que nous avions vu dans le service de notre excellent et très honoré maître, M. le Dr E. Vidal, un cas diagnostiqué par lui pemphigus diutinus pruriginosus à petites bulles, et qui, par sa marche, par son aspect général, par ses divers symptômes, se rapprochait beaucoup du premier cas publié par Duhring. Nous sommes heureux de voir que nos appréciations étaient exactes, et que, d'après le dermatologiste américain lui-même, la dermatite herpétiforme correspond en partie à ce que l'on désigne depuis assez longtemps dans les services de l'hôpital Saint-Louis de Paris sous le nom de Pemphigus diutinus pruriginosus.

Nous devons faire observer cependant que le cas publié par M. le professeur Hardy dans ses leçons sur les maladies de la peau sous le nom de Pemphigus pruriginosus, cas auquel Duhring fait allusion, est un exemple typique d'herpes gestationis.

e. *Pemphigus* de Klein. Il en est de même du cas publié par Klein sous le nom de Pemphigus (3) et, dans lequel, il s'agit d'une femme qui fut prise d'éruption vésiculo-bulleuse au milieu de sa grossesse, et qui guérit quelques semaines après l'accouchement.

5<sup>e</sup> Cas publiés sous le nom d'*Hydroa* ou sous d'autres étiquettes.

Nous verrons plus loin que l'on retrouve disséminées, çà et là, dans les auteurs, sous diverses étiquettes, des observations que l'on peut faire rentrer dans le cadre de la d. p. p. chronique ; mais, en dehors des cas

(1) *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau*, p. 258, Paris 1886.

(2) *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, p. 361, 1884.

(3) KLEIN. — *Allg. Wiener med. Zeitung* (6 août 1867).

que nous venons de discuter, et de ceux qui ont été dénommés *hydroa*, Dühring ne cite guère dans ses travaux que le cas de Richmond Leigh intitulé : « Éruption bulleuse d'un caractère particulier (1), » et celui de Meier, intitulé : « Dermatite pemphigoïde mortelle (2). » Dans cette dernière observation, il s'agit d'un homme de 63 ans, jusque-là bien portant, qui succomba au bout de sept semaines, après avoir présenté une dermatite des plus intenses, fort prurigineuse; d'abord eczémateuse d'aspect; puis pemphigoïde; il est fort possible que ce cas doive être rangé dans les affections qui nous occupent; mais je le trouve complexe, discutable, et je crois plus sage de le laisser de côté, du moins jusqu'à plus ample informé. Dans l'observation du Dr Richmond Leigh, il s'agit d'une femme de 33 ans, également bien portante antérieurement, qui fut atteinte cinq jours après son accouchement, d'une éruption de bulles de forme et de grosseur variables, sans rougeur ni douleur concomitantes : cette éruption envahit la partie antérieure du corps et disparut au bout de quatorze jours. Nous n'avons pas voulu ranger cette observation dans l'herpes gestationis, malgré son début cinq jours après l'accouchement et, par suite, en pleine puerpéralité, car nous n'y trouvons ni l'éruption polymorphe, ni les phénomènes subjectifs si marqués, ni les localisations, en un mot, aucun des caractères majeurs que nous décrirons plus loin dans l'herpes gestationis. Quant à la ranger dans la d. p. p. chronique, il suffit de poser la question pour la résoudre par la négative : elle ne présente, en effet, aucun des traits essentiels de cette affection.

*Hydroa*. — Dühring (3) dit que certains cas dénommés *hydroa* (« of so called hydroa ») doivent aussi être rangés dans sa dermatite herpétiforme, et il cite, parmi eux, les observations de Florence S..., relatée dans le *British medical Journal* de 1870, et celles de Handfield Jones et de L. Duncan Bulkley.

L'observation de Florence S... (4) est intitulée : *Cas d'éruption récidivante qui ressemble à l'hydroa ou à l'herpes iris d'Hebra ; plusieurs rechutes en quatre mois*. Elle est fort incomplète et fort difficile à interpréter. Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans chez laquelle on soupçonnait fort l'existence d'une syphilis secondaire, et qui fut atteinte, trois mois avant son entrée à l'hôpital, d'une éruption bulleuse de dix jours de durée aux coudes, puis sur le corps ; elle vit récidiver cette éruption le

(1) RICHMOND LEIGH. — (*Lancet*, p. 11, 6 janvier 1883).

(2) B. MEIER. — (*Archiv für path. anat. und Phys.*, p. 185, novembre 1883).

(3) DÜHRING. — (*Medical News*, 22 novembre 1884).

(4) *Reports of medical and surgical Practice in the hospitals of Great Britain. — A report on Hydroa and allied Diseases*, p. 493-546. *British med. Journal*, obs. X, p. 547, 1870.



1<sup>er</sup> décembre ; elle eut le 29 décembre un épanchement intra-articulaire dans le genou droit : on la perdit de vue fort améliorée vers la fin de janvier. Aucun phénomène prurigineux ni douloureux n'est mentionné dans l'observation. Nous ne croyons pas que, malgré l'aspect multiforme de l'éruption, il soit possible de ranger ce fait parmi ceux que nous étudions.

Le cas de Handfield Jones (1) a beaucoup plus de rapports avec la dermatite polymorphe prurigineuse chronique : la malade était une femme de 26 ans, mal réglée, qui souffrait depuis deux ans d'une éruption caractérisée par de la cuisson, par des papules rouges, par des vésico-pustules, des éléments centraux avec vésicules périphériques ; cette éruption survenait par poussées successives. Ce fait ne nous paraît pas toutefois pouvoir être considéré comme un type de l'affection que nous étudierons plus tard, à cause du peu d'intensité des phénomènes prurigineux.

Je ne parlerai pas du premier cas de L. Duncan-Bulkley (2), dans lequel la malade, atteinte d'eczéma et d'urticaire, vit son éruption se compliquer pendant un moment de bulles, car il est vraiment trop difficile de l'interpréter. Mais son deuxième cas est des plus importants.

Il s'agit d'une femme âgée de 26 ans, qui eut en avril, une première poussée de quelques jours de durée, caractérisée par des placards érythémateux avec brûlure et cuissons : au commencement d'octobre, nouvelle poussée éphémère érythémato-bulleuse ; enfin le 22 novembre 1876, troisième poussée caractérisée par de l'irritation des téguments, puis par des rougeurs, enfin par des bulles, surtout localisées aux bras et aux avant-bras ; elle disparut complètement, en huit ou dix jours. D. Bulkley dit qu'il ne peut en faire du pemphigus, et il en fait de l'hydroa.

Je rapprocherais de ce cas celui de G.-H. Fox (3), également publié sous le nom d'hydroa, dans lequel on voit aussi une éruption prurigineuse, caractérisée par des éléments érythémateux, vésiculeux et bulleux évoluer en trois semaines environ, et récidiver quelques mois plus tard : l'auteur l'a également appelé hydroa parce que, dit-il, ce n'est ni de l'herpès, ni du Pemphigus.

Or, les faits à évolution rapide, semblables aux deux précédents, ont été déjà décrits par Bazin sous le nom d'*hydroa*, par Gibert (voir plus haut) sous le nom d'*herpes phlyctenodes* ; ils ont été groupés avec

(1) HANDFIELD JONES. — Hydroa (*Medical Times and Gazette*, p. 248, 6 septembre 1872).

(2) L. DUNCAN BULKLEY. — Deux cas d'hydroa (*Arch. of Dermatology*, vol. 3, p. 217, 1877).

(3) G. H. FOX. — De l'hydroa et des autres éruptions bulleuses (*Arch. of Dermatology*, n. 3, p. 211, 1878).

d'autres observations réellement dignes d'être dénommées dermatite polymorphe prurigineuse chronique sous l'étiquette d'*hydroa* et surtout d'*hydroa herpétiforme* par plusieurs auteurs anglais et américains, en particulier par Tilbury Fox (1), Colcott Fox (2), Radcliffe Crocker (3), Georges T. Elliot (4). Il nous faut donc, avant de les discuter, exposer rapidement ce que les divers dermatologistes ont successivement désigné sous le nom d'*hydroa*.

Bazin appelait *hydroa* (водъ, eau) une affection analogue à l'herpès « phlycténoïde de Willan, caractérisée par des vésicules ou de petites bulles remplies de sérosité, et qui se montrent par groupes placés à des intervalles plus ou moins éloignés... (5). »

Il distinguait trois variétés d'*hydroa* : 1° l'*hydroa vésiculeux* ; 2° l'*hydroa vacciniiforme* ; 3° l'*hydroa bulleux* (Pemphigus à petites bulles).

Nous verrons plus loin (6) que l'*hydroa bulleux* de Bazin, première division de son groupe des arthritides bulleuses, correspond en grande partie à la variété bénigne ou subaiguë de notre dermatite polymorphe prurigineuse chronique. Son *hydroa vacciniiforme* nous paraît d'une interprétation des plus difficiles. Son *hydroa vésiculeux* correspond sans doute en grande partie à l'herpès iris de Bateman, et c'est, selon nous et selon notre excellent et très honoré maître M. le Dr E. Vidal, à cette seule dermatose assez bien définie comme aspect et comme évolution qu'il faut réserver désormais le nom d'*hydroa*. Mais il est plus que probable que Bazin a publié sous le nom d'*hydroa vésiculeux* des faits qui ne peuvent guère être rangés dans l'herpès iris typique de Bateman.

Ce qui ressort de ce court exposé, c'est que le mot *hydroa* tel qu'il était compris par Bazin s'appliquait à trop d'affections différentes, et n'avait pas un sens assez précis pour pouvoir être adopté ou tout au moins pour ne pas prêter à des confusions regrettables. Il n'a jamais été accepté en Allemagne. En Angleterre, Tilbury Fox, dans son traité des maladies de la peau (1873), se contente de citer les travaux de Bazin en les critiquant.

(1) TILBURY FOX. — (Skin Diseases 1873. Anomalous forms of bullous Eruptions: Hydroa, p. 215).

(2) TILBURY FOX et COLCOTT FOX. — Étude clinique sur l'*hydroa* (Arch. of Dermatology, janvier 1880).

(3) RADCLIFFE CROCKER. — Hydroa (The British med. Journal, p. 966. 22 mai 1886).

(4) GEORGE T. ELLIOT. — Contribution à la pathologie et à l'histologie de l'*hydroa herpétiforme* (The New York medical Journal, 23 avril 1887).

(5) BAZIN. — (Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, p. 194, 1868).

(6) Voir l'historique de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, 11<sup>e</sup> partie de ce travail.

Plus tard, il modifie (1) quelque peu ses opinions : il croit pouvoir ranger tous les faits comparables à ceux que nous venons de signaler dans un seul et même groupe morbide auquel il donne le nom d'hydroa, et dont la lésion caractéristique est constituée pour lui « par une petite « bulle prurigineuse, au contenu transparent, dont les dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'un petit pois, se développant sur une petite tache ou une papule rouge qui est le siège de démangeaisons. La dessiccation de cette bulle peut se faire simplement ou bien avec tuméfaction et formation de croûtes. Les lieux d'élection de cette éruption sont la face, les parties génitales, les membres du côté droit de l'extension, quelquefois la muqueuse buccale. La marche peut en être aiguë ; l'éruption peut ne durer que de trois à six semaines. Elle peut au contraire évoluer par poussées successives et revêtir des allures chroniques. » L'auteur anglais en distingue trois variétés : 1° l'*hydroa simple*, dans lequel les symptômes généraux sont insignifiants ; l'éruption est formée de vésicules discrètes, et est souvent localisée ; les récidives sont rares ; la durée de l'affection est des plus courtes ; 2° l'*hydroa herpétiforme* dont le caractère général est la tendance au groupement des vésicules comme dans l'herpès, et dans lequel les récidives sont plus marquées, la durée plus longue et la santé générale plus souvent troublée ; 3° enfin l'*hydroa pruriginosum* dans lequel l'éruption est plutôt bulleuse que vésiculeuse, est répandue sur une vaste surface, est caractérisée par des poussées successives fort nombreuses qui en font une maladie chronique, et s'accompagne de démangeaisons intenses. Cette variété correspond nettement au pemphigus pruriginosus des anciens auteurs.

Cette conception de Tilbury Fox, qui est beaucoup plus acceptable qu'elle ne le paraît au premier abord, a été reprise plus récemment encore par Radcliffe Crocker (2). Cet auteur n'a toutefois pas suffisamment compris la nécessité d'établir des divisions dans ce groupe, nécessité qui n'avait pas échappé à son éminent prédécesseur. Aussi ne maintient-il pas la classification précédente : il se contente de l'indiquer vaguement et il ne donne qu'une seule et unique description de l'hydroa herpétiforme et de l'hydroa pruriginosum. Ce groupe, ainsi conçu, correspond pour lui au pemphigus pruriginosus de Chausit et de Hardy, à l'herpes gestationis de Milton et Bulkley, à l'herpes circinatus bullosus d'Erasmus Wilson, en un mot, à la dermatitis herpetiformis de Duhring, si l'on en excepte l'impetigo herpétiformis d'Hebra, que

(1) TILBURY FOX et COLCOTT FOX. — Étude clinique sur l'hydroa (*Arch. of Dermatology, New York*, janvier 1880).

(2) H. RADCLIFFE CROCKER. — Hydroa (*The British medical Journal*, p. 966, 22 mai 1886).

R. Crocker distingue fort justement, d'après nous, du groupe précédent d'éruptions. Voici les conclusions, très remarquables d'ailleurs, de ce mémoire : 1° il existe un groupe de maladies distinctes du pemphigus, de l'herpès, de l'erythema exsudativum, bien qu'elles présentent quelques points communs avec chacune de ces affections ; la dénomination d'hydroa herpétiforme lui convient et elle a l'avantage d'avoir été proposée par Tilbury Fox bien avant les recherches de Duhring ; 2° il faut réserver le terme d'hydroa à ces formes éruptives, et l'on ne doit pas désigner sous ce nom diverses éruptions bulleuses anormales ; les traits distinctifs de ce groupe sont les suivants : on trouve à un moment quelconque de l'évolution de la dermatose de l'érythème affectant surtout, mais non exclusivement, le type circiné, des vésicules, des bulles, des pustules ayant une tendance à se grouper à la façon des herpès. Ces divers éléments sont mélangés en quantités variables : tantôt l'un, tantôt l'autre prédomine. L'affection est toujours accompagnée d'un prurit d'une extrême intensité. L'éruption se fait par une série de poussées successives ; elle peut persister pendant des mois et a des tendances à récidiver, même après de longues périodes d'accalmie ; elle présente des rémissions et des exacerbations fréquentes ; elle se termine par la guérison. Un régime substantiel, mais sans alcool, le repos intellectuel et physique, l'usage interne de l'arsenic à hautes doses, et, en cas d'insuccès, la teinture de belladone et la quinine constituent les bases du traitement.

Elliot, reprenant encore plus récemment cette étude, dit que l'*hydroa herpétiforme* ressemble à la dermatite herpétiforme par le prurit, par l'éruption et par son mode de groupement, qu'il n'en diffère que par sa marche aiguë. Il est inutile de revenir sur ce que nous venons de dire et de faire remarquer que les auteurs précédents ont rangé dans l'hydroa herpétiforme des cas d'une longue durée.

Le sens du mot hydroa est donc éminemment variable suivant les auteurs et suivant l'épithète qu'on lui adjoint. Il nous paraît indispensable de le préciser, et, si l'on ne veut pas le rayer du vocabulaire dermatologique, de ne l'y conserver tout au moins que comme simple synonyme de l'herpès iris de Bateman. Où devons-nous donc ranger les autres faits qui ont été décrits sous cette étiquette, et que Duhring classe dans sa dermatitis herpetiformis ?

L'exposé qui précède nous montre que ces faits ont, pour la plupart, deux grands caractères communs, le prurit et le polymorphisme de l'éruption, mais qu'ils sont des plus variables comme évolution : les uns sont chroniques ou tout au moins de longue durée, et doivent être rattachés à notre dermatite polymorphe prurigineuse chronique ; les autres sont aigus, et ce sont eux que nous allons maintenant discuter.

L'herpès phlyctenodes de Gilbert peut leur être assimilé. Nous savons que Duhring les fait rentrer dans sa dermatitis herpetiformis ; nous avons vu, en effet, que parmi les cas d'hydra qu'il range dans son son nouveau groupe, il cite l'observation de L. Duncan Bulkley dont nous venons de parler.

Ces faits, que l'on retrouve assez nombreux dans les auteurs, et dont nous avons observé plusieurs exemples à l'hôpital Saint-Louis, nous paraissent être d'une interprétation des plus délicates. Si nous les analysons, nous voyons qu'ils sont caractérisés :

1° Par des phénomènes éruptifs polymorphes, consistant en : *a. éléments primitifs*, plaques érythémateuses plus ou moins nettement figurées, papules, vésicules, papulo-vésicules, bulles disséminées ou groupées de diverses manières parfois même pustules ; *b. Éléments secondaires*, excoériations, croûtes, macules brunes ;

2° Par un prurit ou par des sensations de cuisson intenses précédant souvent les poussées éruptives ;

3° Par une évolution rapide de quelques semaines à quelques jours de durée ; assez souvent ils ont une tendance marquée à récidiver.

En somme, ils présentent les mêmes phénomènes éruptifs et les mêmes troubles fonctionnels, mais fort atténués, que la dermatite polymorphe prurigineuse chronique et que l'herpès gestationis. Ils peuvent avoir, comme cette dernière affection, une certaine tendance à récidiver, et l'on ne peut oublier que la dermatite polymorphe prurigineuse chronique débute parfois par des poussées aiguës séparées par des intervalles de repos. L'étiologie, la durée des symptômes les distinguent de l'herpès gestationis ; l'intensité et la durée des poussées éruptives les distinguent de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique.

Ils semblent constituer une sorte de dermatite polymorphe prurigineuse de faible intensité, aiguë et de courte durée. *On pourrait jusqu'à plus ample informé, les grouper sous le nom provisoire de DERMATITES POLYMORPHES PRURIGINEUSES AIGUES, mot qui a pour avantage de désigner les caractères majeurs du SYNDROME sans rien préjuger de la nature réelle des faits.*

Mais les rapports réels qu'ils ont avec la dermatite polymorphe prurigineuse chronique, deviennent encore bien plus évidents quand on ne se contente pas de la vue d'ensemble que nous venons de donner de ces faits et qu'on les étudie, un à un, dans tous leurs détails. On s'aperçoit alors qu'ils forment une chaîne continue reliant sans la moindre interruption la dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, dans tout ce qu'elle a de plus typique, aux cas à évolution rapide dont nous venons de donner un aperçu.

On comprend donc que Duhring ait pu les considérer comme devant

rentrer dans sa dermatite herpétiforme, puisque, sauf la durée et l'intensité des phénomènes morbides, ils ont presque tous les symptômes des observations qu'il a publiées comme étant des exemples typiques de ce groupe. Nous ne croyons pas, cependant, devoir adopter cette idée sans de sérieuses modifications. Malgré les faits de passage que nous mentionnerons plus tard, nous ne sommes pas autorisés à généraliser, à confondre dans une seule et même description des faits graves à évolution chronique, à physionomie bien nette et bien définie, comme ceux qui constituent notre dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, et des faits bénins à évolution rapide, mal définis en tant qu'entité morbide spéciale, ne constituant en somme qu'un syndrome, comme ceux que nous classons sous le titre générique de dermatites polymorphes prurigineuses aiguës. Nous conserverons donc notre type de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives tel que nous l'avons établi en commençant ce travail. Nous l'étudierons tel quel, aussi strictement limité que possible, peut-être trop, mais au moins inattaquable. Il sera toujours temps de généraliser plus tard, de montrer qu'on doit lui rattacher comme n'étant qu'une de ses variétés tel autre type morbide qui n'en diffère que par des nuances peu importantes.

Mais alors, que ferons-nous donc de ces cas à marche rapide, que nous venons de désigner sous le nom de dermatites polymorphes prurigineuses aiguës? Faut-il adopter à leur égard les idées des dermatologistes français et allemands et se contenter d'en faire des érythèmes polymorphes bulleux? Certes, au point de vue cutané pur rien de plus logique: objectivement, ce sont de simples érythèmes polymorphes bulleux. Là n'est pas la question. Il s'agit de savoir s'il est bien légitime de ranger pêle-mêle dans ce immense groupe de l'érythème polymorphe, fort disparate à notre sens, toutes les éruptions à marche un peu aiguë, récidivantes ou non, qui sont objectivement caractérisées par des éléments érythémateux, vésiculeux et bulleux, sans tenir aucun compte ni de l'étiologie, ni de la pathogénie, ni des autres symptômes concomitants?

Pour nous, l'érythème polymorphe n'est pas une maladie, c'est un syndrome. Il contient cet autre syndrome déjà plus restreint que nous venons de dénommer dermatites polymorphes prurigineuses aiguës. Il contient aussi les érythèmes polymorphes infectieux, les érythèmes polymorphes pathogénétiques, etc., etc... Il doit donc être démembré, et ne plus être considéré comme une entité morbide bien définie.

Pouvons-nous, dès lors, comprendre de la manière suivante le groupe d'affections que nous étudions et dont l'ensemble constitue, après les réserves précédemment formulées, la dermatite herpétiforme de Duhring?

1° Cas à allures chroniques répondant au syndrome *dermatites poly-*



*morphes prurigineuses chroniques à poussées successives* semblaient former une entité morbide bien définie et comprenant comme *variétés bénigne et subaiguë* des cas à évolution, un peu plus courte, ne durant que de six mois à un ou deux ans.

2° Cas à marche aiguë répondant au syndrome *dermatites polymorphes prurigineuses aiguës*, et jusqu'ici rangés dans l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux.

3° Cas à marche aiguë ou subaiguë, mais caractérisés par une tendance des plus nettes aux rechutes, et par ce fait majeur qu'ils coïncident toujours avec la grossesse ou la parturition, répondant au syndrome *dermatites polymorphes prurigineuses récidivantes de la grossesse*.

4° Cas formant des transitions entre ces divers groupes.

Nous croyons notre premier et notre troisième groupes assez nettement définis pour les décrire à part, pour en faire une étude approfondie et les donner, dès maintenant, comme des types morbides bien établis. Mais nous ne saurions en dire autant de notre deuxième groupe.

Et cependant, si nous ne voulons pas laisser les faits que nous y avons rangés, purement et simplement confondus avec les autres affections à éruptions similaires dans le grand groupe des érythèmes polymorphes, il nous faut les en distinguer en leur attribuant des caractères différentiels légitimes et suffisants.

Certes, nous pouvons dire qu'ils se distinguent des autres éruptions polymorphes vésiculeuses et bulleuses par l'intensité des phénomènes douloureux (prurit, cuisson, brûlure), qu'ils présentent, par le polymorphisme très accentué des accidents cutanés qui évoluent par petites poussées successives, lesquelles ont même parfois des aspects différents, enfin, par la conservation du bon état général. Ce tableau d'ensemble qui élimine un certain nombre d'érythèmes polymorphes franchement infectieux ou pathogénétiques, paraît, au premier abord, satisfaisant; mais on ne tarde pas à remarquer que ces divers points de repère ne sont pas suffisamment précis, et que les groupes morbides qu'ils servent à établir ont un air artificiel.

Il est, par exemple, bien difficile de préciser, dans la plupart des faits déjà publiés, l'importance et la valeur des phénomènes douloureux de prurit ou de cuisson éprouvés par le malade. Certains cas dans lesquels ces symptômes subjectifs sont à peine marqués, doivent-ils être, oui ou non, admis dans notre groupe? Et dans l'une ou l'autre hypothèse, où est la limite qui les sépare des autres faits à éruptions polymorphes vésiculo-bulleuses? L'intégrité du bon état général doit-elle être admise comme absolue? N'y a-t-il pas des cas à éruptions purement érythémateuse et prurigineuse qui doivent y être rangés? Et, certes, à cette dernière question, nous répondrons par l'affirmative, car nous connaissons

des faits de dermatite polymorphe prurigineuse chronique qui débutent par des poussées de prurit seul ou accompagné de quelques éléments érythémateux sans soulèvement épidermique vésiculeux, bulleux ou pustuleux.

D'autre part, et c'est là la critique même de la conception de la dermatite herpétiforme de Duhring *est-on autorisé à dire que ces faits constituent la variété aiguë de l'entité morbide dont notre dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives serait la forme chronique?* Nous n'hésitons pas à répondre que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de l'affirmer.

Tous ces points demandent des recherches nouvelles pour être élucidés. Il est probable qu'ils ne seront complètement résolus que lorsque l'on connaîtra l'étiologie et la nature réelle des affections en litige. En tout cas, j'estime que l'on doit désormais reprendre l'étude de toutes ces observations, en analysant de beaucoup plus près, les divers symptômes, les commémoratifs, les antécédents personnels et héréditaires, en s'efforçant, par la chimie biologique, par les examens histologiques et microbiologiques, de pénétrer les secrets de leur pathogénie. Loin d'être faite, l'histoire des érythèmes polymorphes n'est guère qu'ébauchée.

Tout ce qui précède doit faire comprendre que nous ne saurions décrire un type morbide répondant au syndrome dermatite polymorphe prurigineuse aiguë. Nous voulons seulement attirer l'attention sur ces faits, et en commencer l'étude.

Sous l'étiquette de dermatites polymorphes prurigineuses aiguës, nous publierons donc, après avoir décrit la chronique, toute une série d'observations caractérisée par une évolution rapide, par une éruption polymorphe, érythémateuse, vésiculeuse, vésiculo-bulleuse et même pustuleuse, par des phénomènes douloureux, tels que prurit et cuisson, et parfois, pas toujours, par une tendance marquée à récidiver. Nous les classerons en diverses catégories pour faciliter leur étude et pour bien montrer par quels degrés insensibles on passe des faits les plus simples et tout à fait semblables à des érythèmes polymorphes vésiculo-bulleux ordinaires, aux faits typiques de dermatite polymorphe prurigineuse subaiguë et chronique.

#### CHAPITRE IV.

##### *Exemples du peu de précision qui existe dans la terminologie des éruptions bulleuses depuis les travaux de Duhring.*

Il suffit de parcourir la longue discussion qui précède, pour voir combien toutes ces questions sont délicates, combien il est facile de donner aux faits qui s'y rapportent des étiquettes erronées.

Il n'en est pas moins vrai que toutes ces confusions, si excusables qu'elles soient, ont déjà porté leurs fruits. Les publications récentes offrent des traces évidentes du peu de netteté des idées des dermatologistes sur ce point précis de la pathologie. A force de généraliser, d'identifier un groupe à un autre groupe voisin, grâce aux faits de transition qui existent entre eux, on en arrive à ranger dans une seule et même catégorie des cas disparates ou à publier le même cas sous des noms qui ne peuvent avoir la même signification. En voici quelques exemples :

Robinson (1) ayant à relater une observation qui se rapproche de celles de Duhring, l'intitule *Hydroa, Impetigo herpetiformis, dermatitis herpetiformis*. Donc, pour ce dermatologiste, ces trois dénominations sont synonymes. Stephen Mackenzie (2), faisant connaître à la Société de médecine de Londres un cas d'éruption polymorphe érythémateuse et vésiculo-bulleuse, ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel, le range dans la dermatite herpétiforme de Duhring et ajoute que l'hydroa des femmes enceintes et que l'impetigo herpetiformis d'Hebra, doivent être considérés comme des variétés du type morbide créé par le dermatologiste américain.

Malcolm Morris (3) publie un cas de dermatite herpétiforme typique sous les noms de dermatitis herpetiformis ou hydroa ; et certes, dans l'état actuel de la science, il a parfaitement raison.

Sherwell fait une communication à la Société dermatologique de New-York (4) sur un cas qu'il dénomme pemphigus cachecticorum ; le Dr Fox en fait un cas de dermatitis herpetiformis ; le Dr Robinson pense qu'il doit être rangé dans la variété pustuleuse de cette affection qui a été décrite par Hebra (*Impetigo herpetiformis*).

R. W. Taylor (5) publie sous le nom d'hydroa bulleux de Bazin (*Pemphigus à petites bulles*), le cas d'un rhumatisant mitral et aortique, atteint d'œdème pulmonaire et d'albuminurie qui fut pris, le 18 juillet, à la suite d'administration de bromure de potassium, d'une éruption érythémateuse et vésiculo-bulleuse, accompagnée de sensations de brûlure et de cuisson, laquelle disparut le 1<sup>er</sup> août, trois jours avant sa mort. Taylor ajoute qu'il pense que ce fait doit être rangé dans un seul et même groupe avec l'herpes gestationis, le pemphigus prurigi-

(1) A. R. ROBINSON. — (*Journal of cutaneous and venereal Diseases*, janvier 1885).

(2) STEPHEN MACKENZIE. — (*Société de méd. de Londres*, du 29 novembre 1886).

(3) MALCOLM MORRIS. — Harveian Society of London, 19 mai 1887 (*British med. Journal*, p. 1216, 4 juin 1887).

(4) SHERWELL. — Pemphigus Cachecticorum New-York dermatological Society, 149<sup>e</sup> meeting (*Journal of cut. and venereal Diseases*, p. 11, janvier 1885).

(5) R. W. TAYLOR. — Contribution à l'étude de l'hydroa bulleux de Bazin et de la dermatite herpétiforme de Duhring (*Journal of Cut. and Venereal diseases*, p. 106, avril 1886).

nosus, l'herpes phlyctænodes, l'impetigo herpétiformis, etc., etc... Or, il est fort probable qu'il s'agit là d'une éruption médicamenteuse : en tout cas, elle ne peut être assimilée aux faits que nous étudions.

Payne (1) publie sous le titre d'herpès, le cas d'un enfant de 3 ans, qui fut atteint à la cuisse et au flanc gauches, d'une éruption érythémateuse et pustuleuse sans démangeaisons qui disparut rapidement par de simples lotions au sous-acétate de plomb : il reconnaît qu'il serait fort possible que ce fût simplement une éruption médicamenteuse, mais il ajoute qu'elle ressemblait à l'impetigo herpétiformis d'Hebra, et qu'elle pourrait être rangée dans la dermatite herpétiforme de Duhring.

De pareils exemples nous paraissent suffisants pour démontrer à quelles confusions, fort excusables d'ailleurs, nous le répétons, les dermatologistes peuvent être entraînés quand un groupe morbide ne présente ni divisions, ni terminologie précises.

Certes la conception de la dermatite herpétiforme fait le plus grand honneur à Duhring : il a compris qu'il y avait des liens étroits entre certaines éruptions bulleuses, et s'il s'est trompé, à notre sens du moins, pour l'impetigo herpétiforme, il faut reconnaître que, pour l'herpes gestationis et pour les faits que nous venons de désigner sous le nom de dermatites polymorphes prurigineuses aiguës, il a en partie raison.

Mais il n'a pas établi de divisions dans son groupe ; aussi les limites en sont-elles peu précises et la plupart des auteurs, frappés de l'indécision de ses contours, se refusent à l'admettre.

Comment, en effet, ne pas remarquer les contradictions de l'auteur ? Il fait rentrer dans sa dermatite herpétiforme des affections à marche aussi aiguë que l'herpès phlycténoïde, et il dit ensuite que sa dermatite herpétiforme se différencie de l'érythème polymorphe bulleux par ses allures chroniques, tandis que l'érythème polymorphe bulleux est une affection de courte durée !

Comment pouvoir accepter comme bien constitué un type morbide qui renferme des éruptions aiguës et chroniques, des affections toujours pustuleuses et mortelles comme l'impetigo herpétiformis, des affections légères, bénignes et fugaces comme les dermatites polymorphes prurigineuses aiguës, des affections aussi longues et aussi terribles que la dermatite polymorphe prurigineuse chronique ? Il n'est plus possible d'en faire une étude fructueuse, de lui reconnaître des caractères précis permettant de le différencier des types voisins, et l'on légitime ainsi toute sorte de confusions qui ne tardent pas à se produire.

(1) PAYNE. — (*Reports of the Department for skin diseases in St-Thomas Hospital reports for, 1884, p. 227 et 232*).

## CHAPITRE V.

*Conclusions.*

Pour résumer cette trop longue discussion, nous dirons :

1° Que l'impetigo herpétiformis d'Hebra nous paraît constituer une entité morbide à part, et ne saurait, d'après nous, rentrer dans la dermatite herpétiforme de Duhring.

2° Que la dermatite herpétiforme de Duhring nous semble devoir être comprise comme un nom générique servant à désigner un ensemble de faits ayant des caractères communs entre eux, mais pouvant être groupés en plusieurs catégories distinctes.

3° Que l'une de ces catégories est nettement définie par les neuf observations de Duhring résumées au commencement de cet article : nous la désignerons, jusqu'à meilleure dénomination, sous le nom de *Dermatite polymorphe* (ou *multiforme* ou *pemphigoïde*) *prurigineuse chronique*, à *poussées successives*.

4° Que l'*herpès gestationis* nous paraît constituer une deuxième catégorie bien nette, voisine de la précédente, qu'entre ces deux types il existe des faits de passage, que le nom de *Dermatite polymorphe* (ou *multiforme* ou *pemphigoïde*) *prurigineuse récidivante de la grossesse*, nous paraît convenir à cette affection.

5° Que certains faits décrits sous le nom de pemphigus, et en particulier sous le nom de pemphigus pruriginosus, doivent être rangés dans l'une ou l'autre des deux catégories précédentes.

6° Qu'il est nécessaire d'établir quelques réserves au sujet de certains autres faits que Duhring a cru devoir ranger dans sa dermatite herpétiforme.

7° Que sous les noms d'*herpès phlycténoïde* (Chausit et Gibert), d'*hydroa vésiculeux* et *bulleux* (Bazin), d'*hydroa pruriginosus* et d'*hydroa herpétiforme* (Tilbury Fox, Colcott Fox, L. D. Bulkley, G. H. Fox, Radcliffe Crocker, G. T. Elliot), on a décrit tout à la fois des cas de dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, des cas d'*herpès gestationis*, et des cas qui se rapprochent de ces types morbides par la forme de leur éruption, par leurs phénomènes subjectifs douloureux, mais qui en diffèrent par leur étiologie et par leur évolution rapide.

Ces cas, que Duhring a fait rentrer dans sa dermatite herpétiforme, mais qu'il a eu, d'après nous, le tort de confondre, comme les auteurs précédents, dans une seule et même description avec les autres entités

morbides dont nous venons de parler, doivent, ce nous semble, être le sujet de recherches nouvelles. Il nous est impossible, dans l'état actuel de la science, d'en faire un type clinique bien défini : mais pour commencer leur étude, nous croyons devoir les ranger dans une troisième catégorie, peut-être voisine de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, à laquelle les rattachent toute une série de faits de transition : nous ne pensons pas qu'on soit encore autorisé à les considérer comme constituant la forme aiguë de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique; cependant on peut, comme nous l'avons démontré, les grouper provisoirement sous le nom de *dermatites polymorphes* (ou *multiformes* ou *pemphigoides*) *prurigineuses aiguës*.

Voici donc comment nous croyons qu'on peut comprendre les affections que nous venons de discuter, en laissant complètement de côté celles que nous avons éliminées dans le cours de cette revue critique.

Elles constituent deux groupes totalement distincts :

I. — L'*impetigo herpetiformis* d'Hebra dont nous avons donné une description succincte et que nous laisserons complètement de côté.

II. — Toute une grande classe d'affections caractérisées par des éruptions polymorphes d'aspect, figurées et non figurées, érythémateuses, érythémato-papuleuses, papuleuses, papulo-vésiculeuses, vésiculo-bulleuses, bulleuses et pustuleuses, par des phénomènes douloureux constants, tels que sensations de cuisson, de brûlure, de démangeaison et de prurit des plus intenses, et par une évolution par poussées successives.

Nous leur donnerons le nom de *dermatites*, mot vague qui signifie simplement inflammation des téguments, et non celui d'érythème, qui nous semble devoir être exclusivement réservé à des éruptions fugaces, caractérisées par une simple rougeur des téguments; nous y ajoutons :

a) L'épithète de *polymorphe* ou *multiforme*, pour bien désigner la nature même de l'éruption; mais nous adopterions aussi volontiers celle de *vésiculo-bulleuse* ou de *pemphigoïde*.

b) L'épithète de *prurigineuse*, pour bien désigner l'importance et la constance des troubles fonctionnels.

Cette *dermatite polymorphe prurigineuse* ainsi comprise n'est qu'un syndrome; les faits qui y rentrent peuvent être divisés en trois groupes principaux :

1° DERMATITES POLYMORPHES PRURIGINEUSES A POUSSÉES SUCCESSIVES comprenant :

a) Des faits chroniques d'une très longue durée semblant constituer une entité morbide bien définie : la *dermatite polymorphe prurigineuse chronique*.

b) Des faits d'une moins longue durée se terminant par la guérison après une évolution de plusieurs mois : *dermatite polymorphe prurigi-*



*neuse subaiguë ou bénigne* ; ce n'est qu'une simple variété de la maladie précédente.

2° DERMATITES POLYMORPHES PRURIGINEUSES AIGUES, dont les rapports avec les affections décrites jusqu'ici sous le nom d'érythèmes polymorphes vésiculo-bulleux sont des plus étroits, et qui constituent un ensemble de faits assez mal définis, dans lequel nous ne pouvons encore distinguer de types cliniques bien nets.

3° DERMATITES POLYMORPHES PRURIGINEUSES RÉCIDIVANTES DE LA GROSSESSE (*herpes gestationis*) constituant, ce nous semble, un type morbide bien défini.

Enfin, entre chacun de ces trois groupes principaux, existent de nombreux faits de transition, qui paraissent établir entre eux des liens assez étroits, mais sur la valeur desquels nous nous sommes déjà expliqués.

Dans la II<sup>e</sup>, la III<sup>e</sup> et la IV<sup>e</sup> partie de ce travail, nous allons successivement étudier les trois groupes que nous venons de distinguer.

(A suivre.)

## II

### DEUX CAS DE TUBERCULOSE VERRUQUEUSE DE LA PEAU. — DU TRAITEMENT IODOFORMÉ APPLIQUÉ PAR LA MÉTHODE HYPODERMIQUE A LA SCROFULO-TUBERCULOSE CUTANÉE NON ULCÉRATIVE,

Par A. MOREL-LAVALLÉE,

Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

(Suite et fin.)

## III.

2<sup>e</sup> Passons aux « ulcérations tuberculeuses » *proprement dites* (1). Ici nous voyons changer la face des choses : l'insuccès a été total, absolu ; autant qu'il peut être permis de prononcer ces mots après des expériences faites en nombre aussi restreint.

Obs. VI. (Résumée). *Ulcération tuberculeuse de l'aile du nez. Tuberculo-scrofulides ulcératives.*

Amélie N..., 23 ans, mécanicienne, entre le 12 septembre 1887 dans le service de M. Fournier, salle Henri IV, n° 15.

Bonne santé antérieure. Mariée il y a 4 ans. S'enrhume facilement depuis 2 ans ; toussé et est enrôlée depuis un an ; maigrit et a des sueurs nocturnes depuis quelques mois. — Névralgies thoraciques mobiles.

Il y a 8 mois qu'elle s'est aperçue d'un petit bouton au nez, à l'angle de la cloison et de l'aile droite ; fréquemment écorché, il devint croûteux, mais resta indolent et stationnaire pendant 5 mois. — Ni enchiffrement, ni corryza, ni ozène.

Depuis 3 mois, la lésion s'est ulcérée et s'est étendue sur tout le bord inférieur de l'aile du nez, dont elle a détruit la face interne sur une hauteur d'un demi-centimètre.

La face externe de l'aile du nez est d'un rouge carminé, enflammée, pas très tuméfiée, mais au contraire infiltrée et extrêmement dure, surtout à la

(1) Par ces mots « *proprement dites* », il est entendu que nous ne voulons pas trancher ici la question de l'identité ou de la non-identité du lupus et de la tuberculose ; on eût, en effet, presque pu appliquer aux deux cas qui suivent le nom de *lupus ulcératif rongéant* ; mais nous voulons dire simplement tuberculo-scrofulides à forme ulcéreuse, ulcératives d'emblée.

partie inférieure, qui constitue le bord externe, irrégulier de l'ulcération; celle-ci est déchiquetée, rouge jaunâtre, à fond inégal et raviné. L'aspect objectif est exactement celui d'un chancre simple, — auquel il ne faut pas songer pour plusieurs raisons, entre autres, la longue durée de l'affection, etc., etc. La dureté ligneuse de l'infiltration du derme, le bord relevé, taillé à pic, l'absence de toute configuration géométrique, la chronicité de l'ulcère pourraient également faire songer à un épithéliome, dont nous rejetons l'hypothèse pour d'autres considérations.

« Lupus exedens », voilà l'idée qui s'impose tout d'abord; ou même ulcération franchement bacillaire, vu le dépérissement de la malade et la netteté des signes pulmonaires (expiration prolongée; respiration humée, rude, soufflante même à l'un des sommets; vibrations exagérées; craquements secs et même humides).

Cependant, comme la malade a eu, il y a quelque 3 ou 4 ans, une éruption indéterminée pour laquelle elle a pris de l'iodure; comme son mari, 4 mois après le mariage, aurait eu un chancre du menton suivi de roséole et de « plaques », on institue, du 12 au 23 septembre, le traitement spécifique: KI = 3 grammes.

1 pil. Dupuytren.

Aucune modification locale.

Le 23 septembre au matin, hémoptysies abondantes; râles sous crépitants aux sommets.

Le 27, on abandonne définitivement le traitement antisypilitique; on commence les injections de vaseline iodoformée dans la fesse (2 par jour). — La malade sort le 7 octobre, 10 jours après, sans amélioration. Elle revient tous les matins dans la salle, où on lui fait ses injections, et on lui touche à présent la plaie avec l'éther iodoformé.

13 octobre. — Le rouge congestif de la peau a diminué, mais l'ulcération creuse davantage.

25 octobre. — Aucun changement. Cautérisation au Paquelin.

31 octobre. — Ulcération non modifiée, taillée à pic, atone, à fond jaunâtre.

Obs. VII. *Ulcération tuberculeuse de l'aile du nez.* — (Tuberculose intranasale.) — (Résumée, recueillie avec M. Hudelo, interne du service.)

Louise Cerv..., 30 ans, couturière, est entrée le 27 septembre 1887, salle Henri IV, n° 4, dans le service de M. le professeur Fournier.

Élevée à la campagne. — Pas d'antécédents scrofuleux. — Mariée à 22 ans.

En 1881, son mari est mort de tuberculose subaiguë.

En 1880, la malade avait commencé à s'apercevoir, en se mouchant, qu'elle avait de l'ozène, et pendant 3 ans, il en fut de même sans autre incident qu'un enchiiffrement fréquent l'hiver.

Il y a 3 ans, elle se prit à moucher des croûtes, quelquefois sanguinolentes, mais jamais il ne vint de séquestres cartilagineux ou osseux.

Pas de douleur. — Conservation de l'odorat.

En avril 1886, rougeur et gonflement de l'orifice nasal.

En septembre, apparition, à l'aile droite du nez, d'une petite lentille rougeâtre qui devint croûteuse, puis s'excoria, et l'ulcération se mit un jour à

grandir rapidement au point de ronger presque toute la marge interne de l'aile droite.

Vers la même époque, il se fit sur l'aile gauche du nez un processus analogue, plus intense depuis mars 1887. Mais là, la moitié antérieure du bord libre de l'aile gauche est seule intéressée.

Santé générale intacte.

*État actuel* (27 septembre 1887). Paraît en bonne santé. Aurait facilement des palpitations. — On trouve en effet les traces d'une endopéricardite qu'on parvient à reconstituer et qui a dû exister il y a quelque deux ans. — Hypertrophie cardiaque. — Double lésion mitrale et symphyse péricardique probables.

Les poumons semblent en bon état, bien qu'avec un peu de rudesse respiratoire.

Le nez est tuméfié dans son ensemble; la peau, surtout à droite, y est d'une couleur rouge vineuse, infiltrée, molle. — Le bord de l'aile droite est dans toute son étendue le siège d'une ulcération profonde, anfractueuse, irrégulière, rouge jaunâtre, qui a rongé toute la doublure muqueuse sur une hauteur de 7 à 8 millimètres.

Petite ulcération sur l'aile gauche.

Dans l'intérieur des fosses nasales on suit à l'œil nu, remontant sur la cloison, un tissu végétant, rouge pâle, granuleux, mais en voie de cicatrisation.

On institue le traitement par les injections, dans le dos et les fesses, de 2 grammes par jour de vaseline iodoformée à 10/0 préparée à la pharmacie de l'hôpital.

20 octobre. — 20 jours après, la rougeur livide du nez a certainement rétrogradé et pâli, et le gonflement inflammatoire a diminué. Mais l'ulcération a continué à progresser de telle façon qu'il ne paraît persister au bas de l'aile droite du nez, qu'un lambeau de peau complètement évidé à l'intérieur. L'aspect est absolument chancrelliforme.

4-10 novembre. — Erysipéloïde de la face.

10-20 novembre. — Les phénomènes généraux ont disparu. — Desquamation légère.

22 novembre. — L'ulcération de la narine droite n'existe pour ainsi dire plus; une petite croûte recouvre la partie inférieure de l'aile du nez. Mais celle-ci a éprouvé une véritable perte de substance en hauteur.

*Remarque.* — Les injections iodoformées ont été cessées le 4 novembre. L'amélioration des ulcérations nasales doit être vraisemblablement mise sur le compte de la dermite intertrigineuse.

#### IV.

Si maintenant, sans rester sous la fâcheuse impression de ces deux derniers cas, nous récapitulons tout ce qui précède, il ne nous semble pas exagéré de dire que l'iodoforme employé comme nous l'avons fait a eu une heureuse action incontestable sur cinq cas de scrofulo-tuberculose de la peau. Mais insistons bien sur deux points : 1° autant cette action *modificatrice* nous a semblé étonnante comme rapidité et efficacité, autant nous devons nous empresser de constater que pas un de nos

malades n'est actuellement *guéri* complètement, même de ses lésions locales. Chez tous ont persisté, bien qu'à un état notable d'affaîsissement et de diminution, ces petits flots rouge jaunâtre caractéristiques qui constituent sans doute des foyers tout prêts pour la repullulation (remarquons toutefois que chez aucun malade le traitement n'a été prolongé plus de deux mois); 2° aux succès obtenus dans les formes verruqueuse et lupique, nous devons opposer les insuccès constatés dans nos deux cas d'ulcérations tuberculeuses, lesquels étaient du reste des cas défavorables vu l'existence de lésions pulmonaires dans un cas, — et l'inaction de l'éther iodoformé localement appliqué dans les deux cas.

Comment expliquer l'action de l'iodoforme dans nos cas heureux? Quand cette substance fut introduite dans la thérapeutique courante, on espéra d'abord avoir trouvé un topique spécifique à opposer aux tuberculoses externes, et de fait, des ulcérations tuberculeuses de la peau, de la langue, du gland avaient été guéries par lui; mais dans nombre de cas, il restait impuissant. Employé avec succès en injections sous forme de teinture éthérée dans la cavité des abcès froids, il donnait des résultats insignifiants, — administré à l'intérieur, dans la phthisie pulmonaire. Cet avis n'est pas unanime: au congrès de Washington, le Dr Singleton Smith, de Londres, déclarait récemment qu'il faisait avec succès des injections *intrapulmonaires* d'iodoforme.

Et pourquoi cet insuccès? Parce que le tube digestif ne tolérât pas l'iodoforme? Point; c'est simplement parce que, pas plus qu'un autre médicament, il ne constituait un spécifique contre le bacille de Koch. Nous avons nous-même prescrit à un ami, atteint de lésions pulmonaires, des injections de vaseline iodoformée dont l'administration a coïncidé avec *une exagération de l'amaigrissement et de l'expectoration*.

L'action bienfaisante de l'iodoforme ne nous a donc encore paru évidente que pour certains cas de tuberculose *cutanée*, et par la voie *hypodermique*; du moins son ingestion en pilules n'a produit aucun effet comparable, surtout comme rapidité, aux résultats que nous avons signalés. Mais notre explication n'en est guère plus avancée: topique éprouvé pour les plaies de toute sorte, on eût compris son action locale, soit en applications, soit en injections dans les tissus malades. Mais le succès le plus remarquable que nous ayons obtenu est celui de l'observation III, où les injections n'ont été faites que hors et loin du territoire infecté. Bien plus, notre ami M. Vaquez, interne de M. le Dr Vidal, paraît n'avoir pas eu de résultats *meilleurs* en faisant les injections dans les régions malades.

L'iodoforme n'est donc pas seulement un antiseptique *local*, comme tendaient à le faire croire les récentes expériences de Singer, en Allemagne.

1° Voulant s'assurer de la puissance parasiticide de l'iodoforme, Singer saupoudra de cette substance des cultures de bactériidies charbonneuses dans la gélatine. Les ensemencements faits avec le contenu de ces tubes restèrent stériles. 2° Les inoculations faites aux souris avec cette même gélatine ne devinrent négatives que quand l'iodoforme eut séjourné plus de cinq jours sur cette gélatine. 3° Mais il y a plus : si l'on injecte une culture de charbon sous la peau en un point où, *au moins* une demi-heure avant, on a introduit de l'iodoforme, la bactériidie ne se développe pas ; seulement *si les deux inoculations a d'iodoforme et b de charbon ne sont pas faites au même point, la souris meurt du charbon*. L'action de l'iodoforme, conclut Singer, est donc celle d'un antiseptique ; mais elle est *exclusivement locale*. (Bull. méd. du 7 septembre 1887.)

C'est possible pour le charbon, mais c'est inexact pour la tuberculose ; nos expériences le démontrent, croyons-nous, péremptoirement ; à moins qu'on ne veuille dire qu'ici l'iodoforme agit non comme microbicide, mais comme spécifique, ce qui nous serait indifférent. Les recherches de Singer n'en sont pas moins des plus intéressantes parce qu'elles ont mis plusieurs points en lumière : à savoir que l'action de l'iodoforme est lente ; il lui faut cinq jours pour empêcher « des » bactéries de se produire ; il lui faut au moins une demi-heure pour stériliser un point de l'organisme et le rendre, ce point-là, impropre à la pullulation des bactéries en question. Or, cela est parfaitement conforme aux données de la clinique. Depuis qu'on connaît l'iodoforme, les chirurgiens ont appris qu'avec lui on *pouvait* faire des pansements rares ; c'est « *devait* » qu'il aurait fallu dire. Déjà plusieurs praticiens s'étaient aperçus (D<sup>r</sup> Cladot (?), observation inédite), que telle plaie, non modifiée en un jour par l'iodoforme, guérissait par l'occlusion iodoformée renouvelée tous les trois ou quatre jours ; ce qui s'est passé dans notre observation I confirme cette opinion, que vient encore corroborer la découverte de Singer.

Comment agit l'iodoforme en médicament topique ? Par l'iode qu'il dégage, répondent les chimistes. C'est possible, dirons-nous, mais cela ne paraît pas s'appliquer à la méthode hypodermique. Dans ce cas on trouve bien, il est vrai, par le chloroforme, l'acide nitrique et la chaleur, la coloration rose de l'iode dans l'urine, ce qui indique la décomposition qu'a subie l'iodoforme injecté. Mais en tout cas, il ne nous paraît pas démontré que l'injection d'une quantité correspondante d'iode eût produit le même effet. Voici du reste ce qui nous est arrivé : pendant que la malade de notre observation II était en traitement, nous nous absentâmes une dizaine de jours ; au retour, nous fûmes étonné de voir que l'amélioration n'avait pas continué aussi vite qu'au début. Puis, nous nous aperçûmes que la vaseline servant aux injections était rouge



clair, au lieu de jaune doré. On l'avait laissée exposée à la lumière ; l'iodoforme s'était décomposé en partie. Avec l'usage d'un flacon neuf, le mieux réparé et continua. Il nous a également semblé que la vaseline rougie par l'iode naissant était moins indifférente aux tissus que celle contenant l'iodoforme pur.

Cette dernière, en effet, ne cause aucune espèce de douleur ; elle se résorbe très vite, si bien que nous avons pu faire tous les jours les injections à peu près au même endroit. Les seules précautions à prendre sont de maintenir le flacon bouché, à l'abri de la lumière ; de laisser baigner les aiguilles dans l'alcool pour empêcher l'encrassement qui s'y produit à la longue. Nous ajouterons ceci : il nous a paru préférable d'employer la vaseline iodoformée à l'*eucalyptol*, non à cause de l'action de l'*eucalyptol* sur la tuberculose (à laquelle nous sommes fort peu croyant), mais parce qu'il agit comme alcool en rendant la vaseline plus fluide et peut-être en aidant à maintenir l'iodoforme dissous.

Les conclusions que l'on peut tirer de cette courte étude nous paraissent pour l'instant devoir se borner aux propositions suivantes :

1° L'iodoforme, administré à petites doses par la voie hypodermique, est un médicament *utile* dans le traitement de certaines dermato-tuberculoses. — Sous son influence, le tissu lupeux pâlit et se rétracte, et les tubercules s'affaissent : cette action est surtout marquée les premiers jours du traitement.

2° Il *semblerait* agir plutôt comme un spécifique s'adressant à la maladie que comme un antiseptique local ;

3° Il n'a encore, jusqu'à présent, produit une seule guérison complète, même locale ; mais nous lui avons dû des *améliorations* considérables, et de plus, il faut tenir compte de ce fait, que chez aucun malade le traitement n'a encore été suivi plus de deux mois ; en outre, nous avons donné des doses empiriques. — Il doit donc être considéré, sinon comme un agent curatif, au moins comme un tonique spécifique de premier ordre pour les tuberculeux de la variété qui nous occupe. C'est un adjuvant puissant au traitement chirurgical. Avant de commencer à attaquer par les scarifications un lupus, nous tenterions volontiers, par induction théorique, de faire, pendant quelque temps, des injections iodoformées, autant pour « remonter » le malade que pour atténuer la virulence du foyer morbide, et diminuer ainsi les chances d'auto-inoculation ; — absolument comme on sature de quinine un paludique avant de lui faire subir une opération chirurgicale.

4° Les injections n'ont pas besoin d'être pratiquées au point malade, fait heureux, si l'on considère la préférence du lupus pour la face et le désagrément de « piqûres » pratiquées en cet endroit.

5° Il est vraisemblable que toute substance dissolvant l'iodoforme

et bien tolérée par les tissus pourra servir d'excipient; les vaselines liquides, pétroléo-vaselines, etc., répondent à ces conditions et sont bonnes pour cet usage. Elles ne sont nullement douloureuses et sont très vite absorbées. Leur préparation doit être relativement facile (rappelons que la dernière solution dont nous nous sommes servi a été préparée à la pharmacie de l'hôpital Saint-Louis). L'adjonction à ces solutions d'un alcool, et en particulier d'eucalyptol, peut être utile au point de vue pharmaceutique.

6° La dose à laquelle on devra s'arrêter reste encore à fixer. Nous injections, nous, 2 centigrammes par jour à un adulte, 1 centigramme tous les deux jours, puis tous les jours, à un enfant de 4 ans. Peut-être y aura-t-il avantage à employer des doses plus élevées, et alors il est possible que les résultats soient plus complets. Avec les quantités que nous indiquons, les malades ne s'apercevaient pas qu'ils absorbassent de l'iode; ils n'en avaient pas la saveur dans la bouche (non plus que celle de l'eucalyptol, qui, ordinairement, paraît-il, est aisément perceptible dans l'haleine du malade).

## RÉCUEIL DE FAITS.

### HYDROA BULLEUX DE BAZIN A RÉCIDIVE. — GUÉRISON,

Par le Dr **PÉTRINI** (de Galatz),  
Professeur à la Faculté de médecine de Bukharest.

Le 7 mars 1887, on reçoit dans mon service de l'hôpital Colentina le nommé J. M., âgé de 13 ans, apprenti chez un cordonnier, pour y être soigné d'une éruption siégeant au visage et aux mains, avec les antécédents suivants :

Dans son enfance, il a souffert à différentes reprises des fièvres et a eu la variole et la rougeole ; tout jeune il a perdu son père, mais sa mère vit encore et se porte bien.

Questionné sur la maladie qui l'amène dans le service, il dit qu'il y a trois semaines, en se levant le matin, il s'est lavé les mains et la figure avec de l'eau qui avait séjourné pendant la nuit dans un vase hors de sa chambre, et, dès le lendemain, il vit paraître une éruption sur les régions indiquées ici, éruption consistant en de petites vésicules, transparentes, qui commencèrent aux commissures labiales, et, s'étendant sur le menton et le reste du visage, gagnèrent le front et les oreilles. Ensuite une éruption semblable parut aux extrémités supérieures, en commençant par la peau des espaces interdigitaux, et s'étendit rapidement sur les régions dorsales des mains.

Cette éruption était caractérisée à son début par de petites vésicules blanchâtres, presque confluentes, accompagnées d'une vive démangeaison qui forçait le malade à se gratter, à déchirer ainsi les vésicules, d'où sortait un certain liquide d'une coloration blanchâtre ; et ensuite il observa des croûtes jaunâtres.

Quelque temps après, le prurit ayant disparu, il sentit une cuisson tant au visage qu'aux mains. Pendant les trois semaines que le malade resta chez lui, il se présenta à l'hôpital Cotzea où il prit des médicaments gratuits, une fois une pommade blanche, et une autre fois une pommade jaune, et comme le mal s'aggravait il se décida à venir se faire soigner à l'hôpital.

Le lendemain matin, nous trouvons le malade dans la salle des malades suspects de variole, puisqu'on avait vu le malade habillé, le visage et les paupières œdématisés et couverts d'éruption.

L'état du malade à notre visite est le suivant : Tuméfaction œdémateuse des paupières qui couvre le globe oculaire ; cette tuméfaction occupant toute la figure donne au malade l'aspect d'un varioleux. L'éruption qui couvre presque en totalité le visage, et qui s'étend aux oreilles, consiste en des vésicules pleines d'un liquide séro-purulent, et des bulles grosses comme un pois, les unes isolées, d'autres résultant de la réunion des vésicules entre elles.

Ces bulles contiennent un liquide, les unes (plus anciennes) séro-purulent et purulent même ; les autres (les plus jeunes) un liquide citrin, transparent. Au pavillon des oreilles, on observe des bulles de la grosseur d'une pe-

tite noisette, remplies d'un liquide transparent. La même éruption, vésicules et bulles, se remarque sur la face dorsale des mains. Tant au visage qu'aux mains, quelques vésicules se réunissent entre elles pour former des bulles longues, à direction oblique sur le tégument. Cette éruption est presque confluyente, très peu de peau reste saine sur ces régions, et l'on remarque aussi des croûtes jaunâtres, les unes plus grandes, les autres plus petites, à la figure et aux mains; et, à ces dernières régions, on observe entre les doigts des portions d'épiderme enlevées par le grattage et des surfaces saignantes dans trois endroits de la région.

L'éruption bulleuse et les vésicules des mains, ne s'étendant nullement du côté de la paume de la main, se prolonge en haut jusqu'à l'articulation radio-carpienne et en bas jusqu'au bout des doigts. De même pour l'éruption occupant le visage; elle ne s'étend pas au delà des oreilles, et, sur la région cervicale antérieure et postérieure, on ne trouve que quelques petites pustules, mais pas de vésicules, pas de bulles ni de croûtes; et ces mêmes pustules sont survenues à la suite du prurit et du grattage de la part du malade.

Nous avons fait l'examen microscopique du liquide provenant d'une bulle et nous avons trouvé quelques globules rouges de sang peu colorés, un grand nombre de leucocytes et des cellules épidermiques avec des noyaux très prononcés.

Nous purgeons le malade et on applique sur les surfaces malades de la poudre d'amidon avec de l'oxyde de zinc. Le malade n'a pas de fièvre, mais il dit l'avoir eue au commencement de sa maladie.

**12 mars.** Amélioration considérable; l'œdème ayant presque disparu, le malade peut ouvrir les yeux; les bulles sont en partie effacées; quelques-unes d'entre elles présentent à leur centre un point blanc; la plupart sont sèches, et l'on observe des croûtes jaunâtres nombreuses au visage et aux mains; ces croûtes sont minces, peu adhérentes et faciles à enlever. Cependant sur les pavillons des oreilles on voit encore des surfaces humides qu'on rencontre aussi dans quelques endroits à la région dorsale des doigts.

Le **14 mars**, application, sur les croûtes, de vaseline avec de l'oxyde de zinc et les mains sont enveloppées avec de la ouate.

Le **21 mars**, le malade est complètement guéri. Depuis quatre jours, à la place de l'éruption, il reste une coloration plus foncée de l'épiderme nouvellement formé; mais il n'y a plus trace d'œdème ni au visage ni aux mains. Aussi le malade est-il congédié le jour même.

Le **24 mars**, le malade rentre de nouveau dans notre service, avec la même éruption bulleuse, et il nous dit qu'il ne s'est plus lavé ni les mains, ni la figure depuis qu'il est sorti de l'hôpital, et, comme il a les mains et le visage très sales, noircis par le cirage, il dit qu'en sa qualité d'apprenti chez un cordonnier, il lui est très difficile de se tenir propre. Il rentre dans l'état suivant: tuméfaction du visage; les paupières œdématisées couvrent complètement les yeux, qu'il ne peut pas ouvrir. Des bulles remplies d'un liquide lactescent et quelques croûtes minces et jaunâtres couvrent la figure. Les dimensions des bulles sont toujours de la grosseur d'un pois, mais il y en a d'autres d'un moindre volume. L'oreille droite est tuméfiée et couverte des bulles, les unes distendues par le liquide, les autres crevassées, laissant écouler le liquide et donnant lieu à des croûtes. L'éruption ne dépasse pas les limites qu'elle a eues primitivement, seulement elle paraît encore plus con-

fluente. Même éruption avec les mêmes caractères et limitée à la face dorsale des mains.

Le malade, ayant du prurit, se gratte et déchire certaines bulles, d'où l'état humide des parties.

Application de poudre d'amidon avec de l'oxyde de zinc. Le malade n'a pas de fièvre.

Après quelques jours, je remplace la poudre par de la vaseline avec de l'acide salicylique et de l'oxyde de zinc ; bientôt il n'y a plus de bulles ; les croûtes s'enlèvent et on fait prendre au malade quelques bains avec du bicarbonate de potasse. Dix jours après, le malade était complètement guéri, mais je le gardai encore quelques jours dans le service, pour éviter autant que possible une nouvelle récurrence, eu égard aux circonstances dans lesquelles il se trouve. Après 18 jours, voyant que la guérison se maintient, je le congédie, et comme aujourd'hui il s'est passé cinq mois, et que le malade n'est plus retourné à l'hôpital, nous croyons que cette fois il n'y a plus eu une nouvelle poussée éruptive.

Nous avons publié cette observation, parce que, comme on vient de le voir, c'est un cas, nous pouvons dire type, de l'affection décrite par Bazin, et les cas de ce genre sont rares, à en juger par les publications que nous voyons dans les revues et même dans le magnifique musée de l'hôpital Saint-Louis de Paris, où nous n'avons pas rencontré un cas semblable au nôtre, puisque, dans la vitrine 16 de ce musée, on remarque un cas d'hydroa vésiculeux main droite ; un cas d'hydroa, genou droit ; hydroa, main gauche ; hydroa vésiculeux et bulleux, dos des mains ; hydroa, poignet et lèvres. De sorte que nous n'avons pas rencontré un cas occupant à la fois le visage et ne dépassant pas les oreilles, puis le dos des mains sans envahir nullement la face palmaire.

Les observations récentes dues à R. W. Taylor et à H. Radcliffe, bien qu'intitulées « Hydroa bulleux », s'éloignent de notre cas et en effet le cas de Taylor (1) se rapporte à un alcoolique avec lésion aortique et mitrale, œdème des poumons avec 5 0/0 d'albumine dans l'urine. Ce malade ayant eu un délire, on le calme par le bromure, et, le lendemain, on voit paraître une éruption vésiculeuse puis bulleuse au visage, au cou et sur le dos des mains, accompagnée d'une fièvre intense 100° Fahr. Après quelques jours, l'éruption est guérie ; mais, l'état général étant mauvais, le malade succombe à la suite d'un délire. De sorte que, si l'éruption a été semblable à celle de notre malade, elle a eu certes une autre origine, peut-être bromique, comme le dit très bien l'auteur qui analyse l'observation dans les *Annales de dermatologie*, et, en tout cas, c'était un hydroa à la suite d'une grande perturbation dans la circulation sanguine, ce que l'on n'a pas observé dans notre cas qui peut être considéré, comme je viens de le dire, comme un cas d'hydroa, type idiopathique.

Quant aux observations, au nombre de huit, publiées par H. Radcliffe

Crocker (in *The British med. Journal*, 22 mai 1886) et analysées dans le numéro 2 des *Annales de dermatologie* de 1887, de l'aveu même de l'auteur, ces observations, quoique intitulées « Hydroa », doivent être considérées comme une variété à part d'hydroa herpétiforme et non d'hydroa bulleux semblable à notre cas. En effet, on n'a qu'à lire ces observations et on verra que presque tous les huit malades ont eu, avec les vésicules et bulles qui occupaient presque tout le corps, de l'érythème circiné dans quelques cas, des pustules ; on remarquera encore la tendance de ces éruptions à se grouper comme les éruptions d'herpès.

En outre, cet hydroa herpétiforme, nommé ainsi par Tilbury Fox, ressemble beaucoup, et même je ne vois pas de différence, au pemphigus vulgaire chronique. Et, cependant, il y a une grande différence entre ces deux dermatoses bulleuses ; l'une peut être considérée, comme nous venons de le dire, comme dermopathie idiopathique, tandis que l'autre est, comme on le voit dans les observations de Crocker, symptomatique, chose habituelle pour le véritable pemphigus vulgaire chronique.

Du reste, Crocker dit clairement que l'hydroa herpétiforme de Tilbury Fox, et l'hydroa bulleux, doivent être considérés comme fort voisins l'un de l'autre ; mais nous dirons pourtant *très peu voisins* d'après les arguments qu'on trouve dans les observations de Crocker même.

Comment expliquer la récidive si rapide de l'éruption chez notre malade ? Ainsi qu'il ressort de l'observation, ce petit patient, aussitôt sorti de l'hôpital avec la peau encore trop délicate, condamné à vivre dans la saleté sans se laver tous les jours les mains et la figure, était dans les meilleures conditions pour voir survenir une nouvelle poussée. C'est pourquoi la deuxième fois nous avons gardé le malade à l'hôpital pendant plusieurs jours après la guérison pour donner le temps à la peau nouvelle de prendre plus de résistance.

Quelle a été l'origine, la cause première de cette dermopathie ? Il est difficile de répondre d'une manière positive à une pareille question. Mais il est probable que l'eau prise dans un vase, qui a séjourné pendant la nuit dans la cour, doit être incriminée, puisque c'est à la suite du lavage des mains et de la figure avec cette eau que le malade nous dit avoir vu son éruption paraître.

## II.

### SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

(Observation recueillie dans le service de M. BUDIN,  
par M. Linn, élève du service.)

**Sommaire :** Grossesse de 8 mois. — Hydramnios. — Présentation du sommet en O. J. D. P. réduite spontanément. — Accouchement spontané. — L'enfant qui présente des lésions syphilitiques meurt après sa naissance : autopsie ; examen des poumons. — Un premier enfant était né sain et vit, le père et la mère étaient alors bien portants. — Dans l'intervalle de la première et seconde grossesse, le père a contracté la syphilis, la mère est restée absolument indemne d'accidents.

Flav..., âgé de 28 ans, domestique, entre dans le service d'accouchements de la Charité, le 26 avril 1887.

**Antécédents héréditaires.** — Père mort de tuberculose pulmonaire à 26 ans. Mère de bonne santé habituelle a eu deux grossesses qui se sont terminées à terme ; le deuxième enfant est mort à l'âge de 6 mois ; tous les deux ont été allaités par la mère, elle a eu aussi deux fausses couches.

**Antécédents personnels.** — Flav... a marché à 9 mois ; vaccinée à 2 ans ; elle a eu des convulsions à 3 ans ; à partir de cette époque et pendant plusieurs années elle a eu des écoulements intermittents de pus par l'oreille droite, elle n'entendait pas de cette oreille jusqu'à l'âge de 16 ans ; réglée à cet âge ; la menstruation était régulière. Elle a eu son premier enfant à 19 ans. L'accouchement n'a rien présenté d'anormal. L'enfant bien que faible a pu être élevé au biberon. C'est une fille qui se trouve actuellement bien portante. La mère a eu un embarras gastrique fébrile, il y a quatre ans, et quelque temps après un érysipèle de la face.

A la même époque, le père qui était parti pour faire son service militaire, contracte la syphilis. Ce n'est que deux ans plus tard, c'est-à-dire en 1884 qu'il revint à Paris. Dans cet intervalle le père et la mère ne s'étaient pas revus. Depuis son retour, le père a présenté quelques éruptions cutanées, ses cheveux sont tombés à différentes reprises. Il prend de temps à autre de l'iode de potassium. La mère n'a jamais eu aucun accident.

**Grossesse actuelle.** — Flav... serait enceinte de 8 mois, les dernières règles datant du 31 août. Il n'y a rien eu d'anormal pendant toute la durée de la grossesse, sauf une augmentation brusque du volume du ventre au commencement du 7<sup>e</sup> mois. Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus vers le milieu de mars. Cette femme bien constituée ne présente aucune déformation rachitique ; on ne trouve aucune trace d'affection cutanée. La gorge qu'elle dit être douloureuse n'offre qu'une rougeur insignifiante.

Il n'y a pas d'adénopathie, les organes génitaux externes ne portent aucun



vestige de lésion spécifique primitive. Le bassin est bien conformé. Les seins sont assez volumineux, à la pression du mamelon on fait soudre un peu de colostrum; l'aréole est très pigmentée, des vergetures assez nombreuses existent à la région hypogastrique, on en trouve également à la partie interne des cuisses. La ligne brune est peu marquée.

Les premières douleurs apparaissent le 26 avril 1887, à 10 heures du soir; ce n'est que le 27 au matin qu'elle vient à l'hôpital. L'enfant se présente par le sommet en position *O. J. D. P.* Les membranes se sont rompues spontanément à 5 h. 10; on a pu recueillir 2 litres de liquide amniotique. L'expulsion de l'enfant eut lieu à 6 h. 15 du soir.

L'enfant fait deux ou trois inspirations. Les bruits du cœur sont bons. On retire des mucosités de la bouche, mais, voyant que la respiration ne s'établit pas régulièrement, on lie et sectionne le cordon, puis on frictionne avec de l'alcool, on donne des bains sinapisés et autres. Malgré cela la respiration ne s'établit pas, et les battements du cœur cessent à 6 h. 35. L'enfant pèse 2,565 grammes.

La délivrance est naturelle à 6 h. 55, le placenta pèse 750 grammes.

#### *Examen nécroscopique pratiqué le 28 avril 1887.*

Pas de putréfaction. Lividités cadavériques à la partie postérieure du tronc, à la partie supérieure des cuisses et au niveau de la face, aucune lésion apparente du squelette.

L'abdomen est volumineux; à la palpation on sent le foie qui descend très bas, mais qui ne présente d'irrégularité en aucun point.

Au niveau des mains et des pieds on constate des bulles de pemphigus, offrant toutes à peu près le volume d'un pois.

Au pied gauche, la face plantaire présente 3 bulles. La face dorsale n'en porte qu'une.

Sur le talon il existe une ulcération de la largeur d'une pièce de 20 centimes et qui provient de la rupture d'une bulle analogue.

Le fond de cette ulcération est uniformément rasé et limité par l'épiderme qu'on peut soulever sur toute la périphérie dans l'étendue d'un demi-millimètre seulement.

La face plantaire du pied gauche présente aussi une ulcération et la face dorsale deux ulcérations de même nature. Sur la malléole interne, 2 bulles et sur l'externe une bulle de même volume que les précédentes.

La face dorsale de la main gauche porte 4 bulles et la face palmaire 2. La main droite ne présente que 3 ulcérations situées sur la face dorsale.

On remarque en outre une ulcération à 1 centimètre au-dessus de la partie moyenne de l'arcade sourcilière gauche et une autre à la face externe de l'oreille droite.

Sur la joue gauche, ainsi que sur la moitié gauche du menton, on constate l'existence d'une petite papule blanchâtre d'un demi-centimètre de diamètre et entourée d'un cercle rosé.

A l'ouverture de la cavité thoracique, on remarque que les poumons sont volumineux; ils ne se rejoignent pas néanmoins par leur bord antérieur.

A la surface des poumons, on voit des ilots grisâtres, séparés par de minces bandes de tissu rouge ou plutôt rosé. Ces ilots sont sur le même niveau que le tissu qui les entoure; ils sont durs, résistants au toucher. A la coupe, on voit que les noyaux dont le volume varie d'un grain de millet à celui d'une

noisette sont irrégulièrement disséminés dans tout le parenchyme pulmonaire et si nombreux, que leur tenue totale surpasse de beaucoup celle du tissu rougeâtre qui les environne. Les noyaux compacts résistent notablement sous le scalpel qui les coupe.

Aucun point du tissu pulmonaire ne surnage complètement ; quelques parcelles de tissu rosé pressées entre les doigts sous l'eau émettent quelques bulles d'air qui viennent crever à la surface du liquide.

Quelques ganglions péri-bronchiques très volumineux sont durs et résistants à la coupe.

Le thymus est normal.

Le cœur un peu plus gros est d'ailleurs normal ; tous les orifices sont sains.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule environ une cuillerée à bouche de liquide citrin.

Les vaisseaux ombilicaux ne présentent rien de particulier.

Le foie très volumineux pèse 230 grammes, il est pâle, mou, friable, présentant une consistance analogue à celle du foie gras de l'adulte. Rien à la coupe.

La rate également molle, pèse 40 grammes, sa hauteur est de 7 centimètres sa largeur, de 4 centimètres et demi.

L'estomac et l'intestin n'offrent rien d'anormal.

Les reins, un peu gras, ne présentent rien à la coupe.

Du côté du crâne et du cerveau rien à noter.

*Examen microscopique.* — L'examen histologique du poumon a été fait par M. Darier qui a bien voulu remettre la note suivante :

Dans les fragments examinés, les lobules pulmonaires se présentent les uns avec un aspect homogène, compact, blanc, opaque ; d'autres étaient plus spongieux, plus rosés. Dans toutes les régions, les lésions sont cependant les mêmes et ne diffèrent que par le degré.

Ces lésions sont de deux ordres : 1° interstitielles ; 2° épithéliales.

1° Le réseau des travées interalvéolaires est tout infiltré d'éléments embryonnaires abondants, arrondis ou fusiformes dont la présence a pour effet d'augmenter considérablement le diamètre des cloisons. Les capillaires n'y sont pas apparents.

2° Les alvéoles sont pour la plupart revenus sur eux-mêmes, ou pour mieux dire normalement dilatés.

On ne constate pas sur leurs parois un revêtement régulier d'épithélium cylindrique ou pavimenteux. L'épithélium est détaché et remplit les cavités de l'alvéole où il forme des amas irréguliers. Les cellules épithéliales ainsi détachées sont pour la plupart en dégénérescence granulo-graisseuse.

Le revêtement épithélial des bronches de petit et de moyen calibre offre les mêmes altérations catarrhales ; les parois de ces canaux sont toutes infiltrées de cellules embryonnaires.

Cette double lésion est plus marquée encore au niveau des lobules d'aspect hépatisé. Il en résulte que, sur la coupe, le tissu paraît presque homogène.

## REVUE DE DERMATOLOGIE.

---

- I. — DAS SEBORRHOISCHE EKZEM (DE L'ECZÉMA SÉBORRHOÏQUE), par P. G. UNNA (*in Monatshefte f. praktische Dermatologie und Syphilis*, 1887, n° 18).
- II. — SUR LE DÉVELOPPEMENT NORMAL ET SUR QUELQUES ALTÉRATIONS DES POILS HUMAINS, par le Dr SEBASTIANO GIOVANNINI (Extrait des *Actes de l'Académie royale médicale de Rome*, année XIII, 1886-1887, série 2, vol. III).
- III. — TRICHOPHYTIASE DERMIQUE, par le professeur R. CAMPANA. Clinique dermo-syphilopathique de Gênes (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, juillet-août 1887).
- IV. — DE LA TEINTURE DE SIEGESBECKIA ORIENTALIS DANS LA TRICHOPHYTIE, par J. HUTCHISON (*British medical Journal*, p. 1384, 25 juin 1887).
- V. — SUR LE LUPUS ÉRYTHEMATOSUS OU BAT'WING DISEASE (MALADIE EN FORME D'AILES DE CHAUVÉ-SOURIS), par BALMANNO-SQUIRE (London 1887).
- VI. — TRAITEMENT DU LUPUS PAR LES APPLICATIONS LOCALES, par le Dr P. G. UNNA (*The Lancet*, 23 septembre 1886).
- VII. — SUR LE TRAITEMENT DU LUPUS ET DES ÉPITHÉLIOMAS PAR L'ACIDE LACTIQUE, par DOYEN (*Journal des connaissances médicales*).
- VIII. — DE L'EMPLOI EN DERMATOLOGIE DE L'ACIDE LACTIQUE CONCENTRÉ DE MERCK, par J. P. KNOCKE (*Journal of Cutaneous and genito-urinary diseases*, p. 122, avril 1887).

I. — Hebra a eu le grand mérite de reconnaître et de réunir comme les différentes périodes d'une seule maladie, de l'eczéma chronique, toute une série de lésions de la peau que l'on considérerait et que l'on traitait jusqu'à ce moment comme des affections tout à fait distinctes, telles que les porriginés, les impétigines et les éruptions squameuses. Mais il en est résulté que la notion de l'eczéma, dans la forme élargie par Hebra, s'est confondue avec celle du catarrhe de la peau, et l'on est habitué aujourd'hui à désigner sous le nom d'eczéma toutes les irritations de la peau qui s'accompagnent de vésicules, de prurit et de squames et donnent l'impression d'une dermatite superficielle.

Il y a peu de dermatologistes, selon Unna, qui approuvent complètement ce point de vue actuel de la doctrine de l'eczéma. Tout d'ab or

il est incontestable qu'il y a une série d'eczémas bien caractérisés, qui, alors même qu'ils persistent longtemps, ne prennent jamais les formes typiques de la vésicule, d'une surface rouge humide ni ne deviennent finalement squameux, mais présentent du commencement à la fin soit rien que des papules reposant sur une peau erythémateuse et plus tard des squames, soit seulement des squames sur un tégument rouge, épaissi. Le praticien se tire d'affaire dans ces cas, en disant : eczéma sec, pour se faire comprendre de ses collègues, non sans un sourire ironique pour notre nomenclature proprement dite qui rappelle réellement ici le « lucus a non lucendo. »

Toutefois cette contradiction n'est qu'apparente. Dans l'eczéma une humidité devrait à la vérité suinter; mais, depuis que cette dernière notion est identifiée avec celle du catarrhe de la peau, l'idée que nous nous faisons de l'eczéma n'a pas d'autre sens que le catarrhe en général. Et pour les muqueuses, on ne fait dans l'usage, depuis longtemps, aucune différence entre un catarrhe sec et un catarrhe humide.

L'auteur approuverait cette extension de l'eczéma au catarrhe sec de la peau. Mais justement les diverses formes de l'eczéma, sèches du début jusqu'à la fin, ne sont que rarement çà et là humides, même avec d'autres symptômes cliniques si spéciaux, que, au point de vue clinique, il n'est pas nécessaire d'être très perspicace pour séparer des types morbides différents qui sont rejetés, pêle-mêle, à tort aujourd'hui, dans l'olla *podrida* qu'on appelle eczéma chronique.

Partant de ces formes sèches, l'auteur a, depuis plusieurs années, établi une série de types bien caractérisés d'eczéma pour son usage pratique, et il en a cité quelques-uns dans ses dernières publications. Depuis longtemps déjà, il a supprimé le diagnostic d'eczéma chronique. Il ne se contente pas de désigner l'eczéma chronique, suivant les diverses régions du corps et de considérer pour le reste et dans tous les cas, l'eczéma comme un seul et même processus morbide; il fait le diagnostic de la nature spéciale de l'eczéma.

Prenons, par exemple, l'eczéma de la face d'un nourrisson: ses élèves savent très bien qu'il y a surtout 3 types absolument différents: 1° l'eczéma purement nerveux de la dentition; 2° l'eczéma tuberculeux; 3° l'eczéma séborrhéique. Si l'eczéma est de date récente et s'il n'a pas encore été traité, cette distinction est faite le plus souvent dès la première visite. Une localisation aux orifices muqueux de l'œil, du nez, de la bouche et des oreilles, la présence d'une kératite phlycténulaire avec rhinite scrofuleuse, de l'otorrhée; de grosses vésicules eczémateuses avec œdème et engorgement ganglionnaire considérable et étendu, l'absence presque constante de prurit, caractérise l'eczéma tuberculeux. Si, au contraire, le voisinage des yeux, du nez et de la bouche sont indemnes, de telle sorte

que l'eczéma entoure la face comme un masque dont on aurait coupé le milieu, on a affaire soit à un eczéma de dentition, soit à un eczéma séborrhoïque. Le premier survient sur la peau complètement saine, en général, au milieu des joues, puis sur le front d'une manière tout à fait symétrique et presque toujours en même temps sur la face radiale du dos des deux mains et du poignet. Il est extrêmement prurigineux, surtout si l'enfant est robuste et l'épiderme encore sain et résistant ; cet eczéma est entièrement sous la dépendance d'irritations réflexes et spécialement de la marche de la dentition, il disparaît parfois après la sortie de quelques dents aussi rapidement qu'il est venu, pour revenir quelques jours plus tard ; l'eczéma de dentition rappelle l'herpès zoster, puisque il se manifeste par l'apparition rapide sur une base rouge d'un groupe de vésicules isolées nettement formées, mais il se distingue du zoster par la symétrie absolue et sa tendance continuelle aux récurrences.

Il en est tout autrement de l'eczéma séborrhoïque. Ici, la peau n'était pas tout à fait saine, mais il existait régulièrement une séborrhée du cuir chevelu, à marche progressive, qui s'était manifestée peu de semaines après la naissance, que souvent même on n'avait pas remarquée. Cette séborrhée ne gagne souvent qu'après avoir pris un caractère humide, les oreilles, le front et les joues et sans toucher le voisinage des yeux, atteint les cils et s'étend ensuite vers les épaules, la partie supérieure des bras, en foyers graisseux en général secs. Cet eczéma conserve partout, même sur les points humides, son caractère graisseux, il est notablement moins prurigineux que l'eczéma de dentition, mais cependant plus que la forme tuberculeuse et il offre plus de tendance à la généralisation que les deux autres variétés, car habituellement il envahit les organes génitaux et de là les membres inférieurs et le dos.

Le traitement de ces trois variétés d'eczéma est aussi différent que l'est leur type clinique, il est donc très important au point de vue pratique, de poser immédiatement un diagnostic précis. Dans l'eczéma nerveux, il faut prescrire des badigeonnages de colle de zinc et d'ichthyol, suivant les cas sous forme de masque maintenu par des bandes afin que l'enfant ne puisse pas le détacher par le grattage ; en outre, un traitement interne approprié : bromure de potassium, calomel, badigeonnages de la bouche avec de la cocaïne, etc.

Il faut intervenir d'une manière beaucoup plus énergique dans l'eczéma tuberculeux. Le masque est inutile, il est préférable d'employer ici le précipité rouge de mercure ainsi qu'une pommade de zinc additionnée d'ichthyol. Dans l'eczéma séborrhoïque, il faut au contraire ajouter du soufre ou de la résorcine à la pommade sulfureuse ; l'ichthyol est ici sans aucune utilité.

Toutefois, l'auteur prévient qu'il n'est pas toujours possible de faire un

diagnostic précis. Dans 8 ou 9 cas sur 10, on le peut cependant. Les autres concernent ceux qui durent depuis longtemps déjà ou les cas dans lesquels, l'aspect clinique et l'anamnèse permettent de supposer que l'on a affaire à un eczéma de dentition compliqué de l'une des deux variétés d'eczéma parasitaire. Parfois, ensuite, pendant le traitement, il n'est pas toujours facile de faire un diagnostic exact sur le mode d'action du remède ou sur une récurrence récente.

Sans abandonner le domaine clinique, on peut faire des diagnostics plus précis que ceux dans lesquels on s'est jusqu'à présent complu, d'eczéma chronique du scrotum, d'eczéma impétigineux de la nuque, d'eczéma sec des bras, etc... Et en même temps, ce genre de diagnostic a une grande importance pour la pratique et pour apprécier les différents modes d'action de nos remèdes.

L'auteur se propose d'exposer, ultérieurement, les différents types d'eczéma et l'avenir apprendra si, de cette manière, il est possible d'établir une division satisfaisante des eczémas, si ces distinctions purement cliniques étaient justifiées.

Dans cet article, Unna expose avec quelques détails le côté clinique d'un des plus importants de ses types d'eczéma, de son eczéma séborrhéique.

Depuis longtemps, il considère la séborrhée, dite sèche, comme n'étant qu'un eczéma séborrhéique. Voici, en peu de mots, le résultat de ses dernières recherches sur ce point : il n'existe pas une hypersécrétion des glandes sébacées se produisant cliniquement comme séborrhée dite sèche, par le dépôt de produit solide des glandes sébacées. Ce que on a jusqu'à présent compris sous le nom de séborrhée, sont deux choses tout à fait différentes. En premier lieu, une hypersécrétion grasseuse, réelle, qui ne provient pas des glandes sébacées mais des glandes sudoripares. Cette hypersécrétion, la séborrhée dite huileuse, s'écoule au dehors par les pores de la sueur ; il faut donc absolument ne la désigner que comme une idrose, et en réalité, comme une hyperidrose huileuse. Si l'on fait abstraction complète de celle-ci, il reste le groupe des diverses séborrhées dites sèches. De celles-ci, on laisse de côté le vernix caseosa qui a une place à part et ne s'observe que chez le fœtus ; il est le produit d'une hypersécrétion vraie des glandes sudoripares, mêlée à des lamelles cornées en desquamation. Il sépare en second lieu, provisoirement, le soi-disant pityriasis tabétique, parce qu'il ne l'a pas encore étudié microscopiquement. Toutes les autres séborrhées dites sèches, qu'Unna a examinées au microscope, sont des processus inflammatoires chroniques de la peau et rien moins que des hypersécrétions des glandes sébacées. Ceci est tout particulièrement vrai pour le pityriasis capitis qui détermine l'alopécie, pityriasis que l'auteur, avec Hebra, considérerait comme identique à la sébor-

rhée capitis, non comme si elles étaient toutes deux des affections des glandes sébacées, mais en raison de ce qu'il peut démontrer cliniquement et histologiquement, que toutes les deux ne sont que des formes différentes d'une maladie cutanée inflammatoire bien définie, qui peut produire par suite d'une hypersécrétion des glandes sudoripares, une quantité anormale de graisse. Cette quantité de graisse a son siège non seulement, comme on le croit généralement, dans les squames, mais traverse le derme tout entier et l'épiderme, comme dans aucune autre maladie actuellement connue. Les voies lymphatiques de toute la peau sont entièrement injectées de graisse et il en résulte une production de squames grasses. Cette graisse ne peut pas venir des glandes sébacées, puisque, d'après les recherches concordantes de Malassez, de Schuchardt et de l'auteur, ces glandes ne présentent aucun signe d'hypertrophie ou de suractivité; bien plus, elles sont complètement bouchées par des masses cornées très résistantes. Quant aux prolongements des squames séborrhoïques qui pénètrent dans les follicules et que, jusqu'à présent, on a toujours regardés comme la preuve que les squames grasses étaient le produit des glandes sébacées, un examen plus attentif aurait fait reconnaître qu'ils ne sont que des masses cornées obstruant les follicules. Ces masses cornées démontrent seulement que la même parakératose inflammatoire qui attaque la surface de la peau, se continue aussi dans le conduit excréteur des glandes sébacées et sont la preuve clinique microscopique la plus frappante pour l'absence d'activité de ces glandes. Mais d'autre part, ce fait est démontré aussi par le produit des squames dans lesquelles on ne trouve jamais de cellules des glandes sébacées et de leur contenu, mais seulement, des masses cornées ayant le même caractère que dans toutes les parakératoses inflammatoires et catarrhes de la peau, qui présentent encore comme particularité un contenu graisseux très considérable. C'est dans les glandes sudoripares, qu'est la véritable source de ce contenu anormal de graisse, ainsi que le démontrent : 1° l'identité de la graisse qui traverse le derme, l'épiderme et les squames avec celle des glandes enroulées; 2° la modification inflammatoire, l'hypertrophie et les signes de l'augmentation anormale de l'activité de ces glandes; 3° la dilatation des pores de la sueur à l'intérieur des masses cornées épaissies, et 4° l'hypertrophie épaissie du produit normal des glandes sudoripares dans la profondeur de la peau, notamment du coussinet graisseux.

L'auteur n'entre pour le moment dans aucun détail sur les recherches bactériologiques encore inachevées, qui prouvent le caractère parasitaire de l'eczéma séborrhoïque.

Le point de départ de presque tous les eczémats séborrhoïques anciens, à peu d'exceptions près, est le cuir chevelu. Très rarement, l'affection



commence par une maladie correspondante du bord des paupières ou de l'une des régions de la peau qui sont en contact l'une avec l'autre, riches en glandes sudoripares, creux de l'aisselle, pli du coude, pli cruroscrotal. Sur le cuir chevelu elle débute, en général, d'une manière insensible, et ce n'est que l'aggravation subite après des mois ou des années de durée, la chute notable des cheveux, l'accumulation inusitée de squames ou de croûtes, un prurit intense ou enfin une humidité circonscrite, en un mot, un eczéma évident qui amène le malade chez le médecin. L'affection commence donc comme un catarrhe latent. Les premières traces se manifestent par une consistance plus solide de la couche cornée qui se desquame alors en lamelles cornées plus grandes et puis, par une réparation défectueuse de la graisse de la peau, les cheveux devenant plus secs par suite de l'oblitération des follicules pileux, tandis que l'épiderme et les squames qui s'en détachent contiennent une proportion anormale de graisse (provenant des glandes sudoripares). De là, le processus progresse sur le cuir chevelu de trois façons différentes. Les squames augmentent mais restent toujours blanches et modérément grasses ; peu à peu, elles s'accompagnent d'une chute plus abondante de cheveux et on voit se produire la calvitie de l'alopecie pityrode, tandis que le cuir chevelu, sur les points chauves, devient moins mobile. La desquamation cesse de nouveau pour finalement s'arrêter tout à fait avec une calvitie caractérisée et faire place à une hyperidrose huileuse.

Dans une autre série de cas, la quantité de squames augmente au point de constituer le principal symptôme pendant toute la durée de la maladie. Ces squames s'accumulent entre les cheveux, soit sous forme de croûtes épaisses, grasses, qui adhèrent plus ou moins solidement à la peau ; mais on peut, en général, les détacher sans provoquer d'écoulement de sang. Ou bien, en cas d'affection légère elles entourent les cheveux à leur émergence du follicule pileux, en formant une gaine de matière cornée. La coloration des croûtes grasses varie du blanc, en passant par le jaune et le brun, jusqu'au brun foncé, mais cette coloration ne tient nullement à l'âge des squames et à leur malpropreté, mais elle est différente dans chaque cas et reste la même pendant toute la durée de la maladie. Tandis que la première forme atteint en général assez régulièrement tout le cuir chevelu, cette deuxième forme est d'ordinaire plus caractérisée sur certaines régions de la tête (le sommet du vertex et la région occipitale), aussi là on trouve des croûtes épaisses, saillantes, qui reposent également sur une peau hyperhémie, modérément épaissie. Cette forme plus accusée a une grande tendance à abandonner le cuir chevelu et à s'étendre sur les régions voisines recouvertes de duvet. La première poussée a d'ordinaire lieu à la limite des cheveux du front et des tempes. Dès son apparition en ces

points, l'affection est bien plus nettement caractérisée que sur le cuir chevelu. Elle progresse ici avec un bord nettement tranché, presque toujours rouge, parfois même très rouge, recouvert de squames jaunes, grasses, et qui entoure les cheveux d'une espèce de guirlande d'à peu près un travers de doigt de largeur. Dans bon nombre de cas la maladie s'arrête là. Cette même région est aussi le siège de prédilection de la syphilis et de l'acné varioliforme. Il y a donc également une couronne séborrhéique dont l'aspect est caractéristique. Plus tard, l'affection passe des tempes sur les oreilles, puis de là au cou ou bien envahit le nez et les joues. Cette variété se complique très fréquemment d'une chute très abondante de cheveux, toutefois ni plus ni moins que dans la première forme. Dans les deux cas, l'alopécie n'est en aucune façon proportionnelle à la quantité des squames, mais uniquement à la tension avec laquelle le cuir chevelu, dans cette maladie, est adhérent à l'aponévrose.

La troisième variété est celle dans laquelle les symptômes sont le plus caractérisés et dans laquelle il survient de l'humidité. Habituellement, c'est la partie de la région temporale la plus rapprochée de l'oreille sur laquelle se produit l'humidité, qui succède à un pityriasis simple avec prurit, tension et rougeur. Si l'on détache les squames grasses, on trouve au-dessous, comme toujours dans l'eczéma, la couche cornée basale d'un brillant humide, rouge foncé. Quand le suintement devient plus abondant, elle est exulcérée en quelques points, de sorte que, ici, la couche épineuse est mise à nu. Si la sécrétion graisseuse continue, les croûtes qui se forment sont toujours épaisses, friables, humides et en même temps grasses. Presque constamment les oreilles, du moins leur bord externe, sont rapidement affectées; il survient comme d'ordinaire de l'œdème, de la tuméfaction du conduit auditif externe, et il s'y ajoute les malaises subjectifs qui accompagnent tout eczéma de l'oreille. Tandis que la forme humide chez l'adulte s'étend en général de l'oreille au cou, elle progresse chez les enfants et particulièrement chez les nourrissons qui ont une dentition difficile, sur les joues et le front, l'hyperhémie habituelle de ces parties prépare le terrain. Cette forme humide ne gagne pas toujours le cuir chevelu tout entier; souvent sur le sommet de l'occiput il y a simplement du pityriasis ou de la séborrhée, tandis que le cou et la face présentent l'aspect d'un eczéma humide.

Ces trois formes ou degrés de l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu correspondent en général aux affections étudiées jusqu'à ce jour et séparément par les auteurs. La première est le pityriasis capitis ordinaire qui conduit le plus souvent peu à peu à l'alopécie pityrode; la deuxième est ce qu'on appelle la séborrhée sèche du cuir chevelu; la troisième comprend un grand nombre d'affections réunies sans distinc-

tion sous la dénomination commune d'eczéma chronique du cuir chevelu.

Nous désignerons, par abréviation, les trois formes dont il vient d'être question sous les noms de squameuse, croûteuse et humide, dans l'étude que l'auteur consacre ensuite à l'eczéma séborrhéique sur les diverses régions du corps.

Après le cuir chevelu, le siège de prédilection de l'eczéma séborrhéique, est la région sternale.

Ici on ne trouve presque que la forme croûteuse. Beaucoup plus rarement, lorsque cette région est très velue, la forme squameuse, et encore plus rarement la forme humide, en rapport avec un eczéma séborrhéique humide de toute la région supérieure du corps. L'eczéma croûteux de toute cette région a déjà été décrit par différents auteurs comme une affection spéciale, dernièrement encore par Colcott Fox, sous le nom wilsonien de lichen annulatus serpiginosus; par les Français, sous celui d'eczéma marginé. Cette forme est de beaucoup la plus caractéristique, je dirai presque la plus élégante (zierlichste) de l'eczéma séborrhéique. Elle est constituée par des taches rondes ou ovales, de la dimension de l'ongle, disposées ici en groupes, en partie confluentes et par suite réunies en une plaque un peu inférieure à la dimension d'une pièce de cinq francs en argent, à contours polycycliques. Chaque plaque isolée a une coloration jaunâtre et est entourée d'un petit liséré rouge, même après qu'on a enlevé les squames qui la recouvrent. On observe plus souvent dans les cas bénins de cette forme (la plus habituelle de cet eczéma dans cette région), là où sur le tronc le coussinet graisseux est un peu développé et où il existe de longs poils, qu'en ces points la peau est très délicate, mince et glabre. Si l'affection prend ici de plus grandes dimensions, la place primitive est transformée en un centre coloré en jaune, assez uni et ne desquamant que modérément; les éruptions nouvelles qui ont le même caractère que l'affection primitive, se présentent sous forme de papules rouges et recouvertes de squames grasses, friables, blanc jaunâtre ou tout à fait jaunes. Cette dernière forme se rencontre aussi souvent sur le dos dans la région interscapulaire des conduits sudoripares du dos.

Les plaques se comportent un peu différemment dans le creux axillaire où en outre elles se distinguent par un prurit plus intense. Il n'y a presque jamais ici de squames ni de croûtes, mais seulement un mince liséré arciforme, rouge, à marche serpentine progressive. La coloration jaune du centre se détache à peine ici. Cette localisation, rare d'ailleurs, arrive quelquefois jusqu'à la forme humide; dans ce cas, l'eczéma s'étend d'ordinaire rapidement sur le thorax.

De la région scapulaire l'eczéma séborrhéique s'étend presque toujours

sur les bras sous la forme croûteuse, rarement sous une forme humide. Ici aussi, il a une préférence marquée pour le côté de la flexion, quoique la surface d'extension ne soit pas épargnée. Cette préférence pour les côtés de la flexion et les surfaces de contact s'explique par le rôle que les glandes sudoripares jouent dans l'eczéma séborrhéique.

La surface dorsale des mains, spécialement celle des doigts, sont également un point de prédilection de la forme humide. Il est très fréquent de voir un eczéma séborrhéique croûteux de la tête être le point de départ d'un eczéma humide des oreilles et de la face, et ensuite épargnant le tronc et les bras, d'un eczéma humide de la face dorsale des mains et des doigts. Très rarement les bras et les mains sont le siège d'un eczéma simplement squameux sous forme de plaques aplaties, jaunâtres, prurigineuses et en desquamation. L'affection prend au contraire de nouveau un aspect tout à fait spécial dans la paume des mains et à la plante des pieds, quand elle se localise dans ces régions, ce qui est rare. Le fait seul de se produire dans ce point, est déjà une preuve absolue qu'elle est tout à fait indépendante des glandes sébacées. Au lieu de se manifester sous forme de plaques agglomérées ou de cercles serpiginieux, on trouve ici de petits amas squameux analogues à du psoriasis guttata, variant du volume d'un pois à celui d'une cerise, correspondant à des glandes sudoripares isolées. Lorsque la guérison, qui est excessivement lente, se produit, la couche cornée se desquame sur une grande étendue et les surfaces palmaire et plantaire prennent l'aspect d'une carte de géographie. Jamais en ce point il n'y a d'humidité. L'auteur a vu cette localisation tout à fait isolée avec la forme squameuse et croûteuse du cuir chevelu, comme d'un autre côté dans l'eczéma séborrhéique généralisé.

À la partie inférieure du tronc, sur le siège et aux hanches, on n'observe le plus ordinairement que la forme croûteuse, à marche progressive serpiginieuse annulaire et gyroïde, laissant après elle des taches jaunâtres, plus tard pigmentées en brun. Dans la région anale on trouve de nouveau la forme plus élégante de cercles et d'anneaux que l'auteur a déjà signalée au sternum et dans le creux de l'aisselle. Les plis génito-cruraux et la partie adjacente de la cuisse et du scrotum est au contraire une région de prédilection d'anneaux croûteux informes et représente, par conséquent, une variété habituelle de l'eczéma marginé d'Hebra. Sous cette dénomination, on a aujourd'hui jeté pêle-mêle toute une série de différentes maladies parasitaires. Au scrotum, la forme croûteuse, après une longue durée, devient presque régulièrement humide. Les cuisses sont rarement le siège de la maladie et ne participent à la généralisation que par quelques plaques. Les surfaces d'extension des genoux ne sont pas davantage un centre d'attraction pour l'eczéma séborrhéique. Il survient par contre souvent au creux des

jarrets et de préférence aux jambes. Au début de l'affection, constamment, il ne se traduit que par de grosses papules à croûtes informes qui forment ici plutôt des plateaux et des plaques nummulaires que des anneaux; alors même qu'il dure longtemps, il ne prend pas le caractère humide, principalement s'il existe des varices. On rencontre très rarement des plaques isolées sur la face dorsale des pieds. La plante des pieds n'est affectée que simultanément avec la paume des mains et d'une manière tout à fait analogue.

A la face, l'eczéma séborrhéique présente quelques particularités tout à fait typiques. La forme squameuse, sur les parties velues, se manifeste soit comme du pityriasis diffus, soit aussi par des plaques circonscrites, un peu rouges, très prurigineuses dans la moustache et les favoris. Les poils ne tombent jamais, quelle que soit la durée de la maladie, car ici il n'y a pas de tension du derme.

Chez les femmes la forme squameuse diffuse est rare, mais il survient çà et là des plaques d'eczéma sous forme de fine desquamation et d'une coloration légèrement jaunâtre du front et des parties latérales des joues. On observe en général ici des plaques légèrement élevées, circonscrites, squameuses, jaunâtres, jaune grisâtre, qui ne sont souvent perceptibles qu'à un bon éclairage oblique et dont les malades elles-mêmes ne s'aperçoivent pas, quoiqu'elles disent éprouver çà et là en ces points des démangeaisons. Ces taches occupent d'ordinaire le front, les joues jusqu'au sillon naso-labial et s'étendent de là sur les parties latérales du cou.

Souvent aussi on rencontre une forme plus inflammatoire de l'eczéma séborrhéique de la face et ceci presque régulièrement dans les cas où, comme dans la période climatérique, des chaleurs se produisent à la face. On voit ici survenir à la suite d'un plus violent échauffement un grand nombre de papules rouges plus ou moins volumineuses, sur le front, le nez et les joues. Les plus petites sont de la grosseur d'un grain de moutarde et arrondies; les plus grosses à peu près du volume d'un pois et munies de ramifications irrégulièrement dentelées. Ces papules rouges sont sans squames ou recouvertes de fines squames jaunâtres, selon qu'on a ou non fait des lavages. Entre les papules, la peau est rouge et la malade éprouve constamment une sensation légère de brûlure dans cette région médiane de la face. Peu à peu, si l'on n'a pas traité la maladie, cet état s'accroît et il se produit une rosacée méthodique à laquelle l'auteur a donné le nom d'eczémateuse. *L'eczéma séborrhéique est chez les femmes une des causes les plus fréquentes de la rosacée en général*, et beaucoup de cas de rosacée s'améliorent dès qu'on a traité l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu qui l'a provoquée. D'ailleurs chez les hommes, l'usage de l'alcool n'est que la cause prédisposante la plus

éloignée, l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu la cause prochaine, directe de la rosacée.

Chez les jeunes gens, la forme à grosses croûtes est exceptionnellement rare à la face. Cependant, on l'y observe sur des points circonscrits des joues, du nez et du front comme un dépôt gras, friable, très adhérent, jaune brun, semblable à du cérumen et accompagné de douleurs vives dans ces régions. Il survient beaucoup plus fréquemment, d'une manière insidieuse et sans douleurs, des taches séborrhéiques semblables chez les personnes âgées, autour de la bouche et du nez, et qui sont le point de départ des carcinomes (carcinome séborrhagique de Volkmann).

Enfin, la face a aussi de la tendance à être affectée de la forme humide de l'eczéma séborrhéique, particulièrement chez les enfants, très rarement chez les adultes, et dans ce cas, elle est seulement en rapport avec un eczéma humide de toute la tête et du cou. Dans cet eczéma, le prurit est insignifiant, il n'y a jamais de vésicules, mais après l'enlèvement des croûtes grasses, l'eczéma rubrum lui succède immédiatement, dont la guérison s'effectue comme d'ordinaire après la période squameuse. Dans les aggravations intercurrentes de l'eczéma, il se produit sur la surface humide des poussées de papules très prurigineuses au début.

Cet eczéma se fixe dans les glandes de Meibomius, tout comme dans les glandes sudoripares et il est d'une ténacité spéciale. Cette localisation forme précisément, en l'absence de toute affection du cuir chevelu, le point de départ d'un eczéma séborrhéique qui s'étend davantage. Mais l'eczéma de la tête, précède dans la plupart des cas ; il serait important, pour le médecin de la maison comme pour l'ophtalmologiste, de connaître cette origine de l'affection oculaire, car sans cela il est impossible d'obtenir une guérison durable de l'affection des yeux. Les croûtes dans cette forme d'eczéma des paupières sont sèches et grasses, elles n'amènent que très rarement la chute des cils, qui toutefois repoussent promptement. Souvent il existe concurremment une conjonctivite palpébrale chronique qui est entretenue par l'affection des paupières.

Dans le conduit auditif, on peut observer les trois formes de l'eczéma séborrhéique. Dans n'importe quel eczéma séborrhéique de la tête, il y a presque toujours une simple desquamation du conduit auditif avec sécheresse et prurit. La forme croûteuse, plus rare, devient d'ordinaire bientôt humide.

Les ongles sont rarement atteints d'eczéma séborrhéique, ils présentent alors une hyperkératose du lit unguéal progressant d'avant en arrière, soulevant les lamelles de l'ongle, comme dans d'autres maladies parasitaires.

L'eczéma séborrhéique peut encore, dans les régions velues, principalement à la tête, donner naissance à des verrues, à des condylomes acuminés.

En résumé, l'eczéma séborrhéique progresse toujours lentement à la périphérie, après avoir persisté à son point d'origine, souvent pendant des années et avec des symptômes légers. Comme ce point est en général le cuir chevelu, il en résulte, dans la grande majorité des cas, la marche descendante de la maladie indiquée ci-dessus. Même les eczémas séborrhéiques, à marche rapide, restent ici longtemps stationnaires, et cette propagation de la maladie de haut en bas, avec préférence des points déjà indiqués de la moitié supérieure du corps, est si caractéristique, qu'on peut la considérer comme pathognomonique pour l'eczéma séborrhéique. Aucun autre eczéma et aucun psoriasis ne suit cette marche. Avec des rémissions alternées, spontanées ou provoquées par l'intervention de l'art, il progresse lentement vers les régions inférieures en évitant le genou dont l'aspect est si caractéristique dans le psoriasis. Le plus souvent, de grandes surfaces de peau restent indemnes de sorte que, avec la tendance à former des disques et des cercles, il en résulte un aspect très bariolé. Ceci ne cesse que dans ces cas rares où, après une durée de plusieurs années, tout le corps est littéralement envahi. A ce moment, la maladie rappelle le pityriasis rubra, mais s'en distingue par l'odeur caractéristique, par l'épaisseur, la teinte jaune, la friabilité et l'état gras des squames, ultérieurement aussi par sa bénignité.

Car même, dans ces cas, l'état général n'est pas plus altéré que dans les eczémas généralisés, et les eczémas séborrhéiques se terminent régulièrement par la guérison après un traitement approprié quelle qu'en soit la durée. L'eczéma séborrhéique est bénin en ce qu'il provoque relativement peu de démangeaison. Dans les formes squameuse et croûteuse, les malades ne ressentent en réalité que des démangeaisons légères et parfois aussi des douleurs à la périphérie des plaques aussi longtemps qu'elles progressent. Les ganglions lymphatiques ne sont pas nécessairement tuméfiés. L'auteur est même d'avis que leur tuméfaction est la suite d'infections secondaires, car il n'a jamais trouvé que les ganglions occipitaux et inguinaux tuméfiés, souvent même il n'a pas constaté d'intumescence.

C'est principalement avec d'autres eczémas chroniques et le psoriasis qu'il y a lieu de s'occuper du diagnostic différentiel. Un eczéma humide chronique de provenance quelconque ne peut pas être différencié de l'eczéma séborrhéique humide autrement que par les disques squameux et croûteux caractéristiques, qui se trouvent à la périphérie et par les points séborrhéiques d'origine, autrement dit par la marche de la ma-



ladie, puisque les meilleurs traits caractéristiques, les croûtes grasses, disparaissent, et la configuration des disques et des cercles s'efface. Ce fait est très important à connaître pour le traitement. En ce qui concerne le psoriasis, il est parfois très difficile de faire le diagnostic différentiel d'avec l'eczéma séborrhéique lorsque les deux affections sont anciennes et se trouvent aux membres inférieurs. Cette difficulté persistera alors même que l'eczéma séborrhéique sera connu de tout le monde. Jusqu'à présent il en est tout autrement, et on peut dire que presque tous les cas d'eczéma croûteux généralisé sont traités sous l'étiquette erronée de psoriasis. Unna a eu, dit-il, à traiter dans sa clinique des malades atteints de cette affection chez lesquels le diagnostic de psoriasis avait été fait par des spécialistes que l'auteur honore comme des maîtres de notre art. Il peut en outre affirmer que cette affection existe tout aussi bien en Russie, en Scandinavie, en Angleterre, en Hollande, en France, dans l'Amérique du Nord qu'en Allemagne. Il ne croit pas se tromper en disant que non seulement, avec la connaissance approfondie de l'eczéma séborrhéique, on diagnostique plus exactement et on guérit plus rapidement une partie des eczémas, mais encore un grand nombre des exanthèmes psoriasiformes qui ont été séparés du véritable psoriasis et qui permettent de poser un pronostic plus favorable.

Il est donc de la plus haute importance de faire le diagnostic différentiel entre l'eczéma séborrhéique et le psoriasis. Il faut prendre en considération : 1° la marche descendante de l'eczéma qui s'arrête en général au milieu du corps; dans le psoriasis, l'éruption débute aux coudes et aux genoux et s'étend de là plus rapidement à tout le corps; 2° l'eczéma séborrhéique a toujours été précédé d'une affection séborrhéique souvent fugace et dont l'évolution est tout à fait inconnue; 3° il y a constamment un mélange de graisse qui se traduit de deux façons, sous forme de squames grasses, friables, et d'une coloration jaunâtre de toute l'éruption; 4° la configuration spéciale de chaque efflorescence qui progresse de telle façon que les disques épais s'aplatissent spontanément au centre ou vers un de leurs côtés, leur coloration rouge se transforme en jaune, la surface squameuse en une surface unie pour devenir brusquement au bord un bourrelet arciforme, élevé, rouge, recouvert de squames. C'est pour cela que le diagnostic de l'affection est difficile aux jambes, parce qu'ici très souvent les disques ne s'enfoncent pas au centre, et que le bleu cyanosé de toutes les maladies qui ont leur siège aux membres inférieurs remplace le jaune spécifique de l'éruption. On fera donc le diagnostic en se guidant sur les efflorescences de la partie supérieure du corps.

De tout ce qui précède il ressort qu'un diagnostic précis a également ici une grande importance pour le pronostic et le traitement. Et en réa-

lité, le pronostic de l'eczéma séborrhéique est essentiellement plus favorable que celui du psoriasis. Nous connaissons précisément les points d'origine qui sont facilement accessibles à nos remèdes locaux. Quelle que soit la gravité d'un eczéma séborrhéique on peut le guérir, nous avons donc dans les soins du cuir chevelu et des paupières un moyen prophylactique certain contre une rechute de la maladie des autres régions de la peau. L'auteur a été déjà souvent dans le cas de modifier, de cette manière, dans un sens absolument favorable, le pronostic d'une maladie de la peau prise jusque-là pour du psoriasis et considérée comme incurable. Dans tous les cas où l'on trouve dans un psoriasis généralisé les genoux et les coudes relativement ou tout à fait indemnes, les squames jaunâtres et grasses, on devra toujours soupçonner que le diagnostic n'est pas juste et examiner le cuir chevelu.

Mais il ne faut pas conclure de ce qui vient d'être dit que la guérison de l'eczéma séborrhéique soit toujours une chose facile. Il n'en est pas ainsi parce que, dans ces cas, les glandes sudoripares sont atteintes, et exigent un traitement méthodique et suivi. Mais on a toute une série d'excellents remèdes à opposer à cet état. En première ligne, le soufre qui est presque un spécifique. Additionné de zinc sous forme de pommades, d'emplâtres, de pâtes et de colles, le soufre constitue pour la forme humide le remède le plus précieux, parce que son action est la plus rapide. Contre les formes squameuse et croûteuse, le soufre agit également bien, mais la chrysarobine, le pyrogallol et la résorcine ont une influence encore plus prompte, tandis que l'ichthyol a une action beaucoup moins énergique que le soufre. Puis l'acide salicylique et l'acide borique ont fait leurs preuves, combinés avec les remèdes de réduction indiqués plus haut. Par contre, la pommade de Hébra et les préparations de goudron n'agissent ici que d'une manière insuffisante. Même dans la forme humide il faut préférer de beaucoup la pommade de zinc et de soufre à celle de plomb.

L'auteur dit en terminant qu'il a eu rarement recours à un traitement interne. L'arsenic, conseillé par d'autres médecins dans l'eczéma séborrhéique, ne lui a pas paru avoir une action aussi prompte que dans le psoriasis, bien qu'ici il ait une influence salutaire évidente. Toutefois comme la prophylaxie locale du lieu d'origine de l'eczéma séborrhéique joue après la guérison de cette maladie de peau le rôle principal, il n'est pas très partisan de la thérapie arsenicale, car elle entraîne les malades à négliger les soins prophylactiques de la peau et des poils, sans lesquels l'arsenic n'empêche pas les récidives.

A. DOYON.

II. — Ce travail comprend plusieurs parties : on y trouve d'abord une très bonne et complète étude du développement des poils, basée sur les

procédés les plus perfectionnés de la technique moderne. L'auteur ne s'est pas contenté d'écraser le poil entre deux lames de verre comme on le fait généralement. Il a pu, à l'aide d'un microtome mécanique, faire des sections longitudinales et transversales de poils, après inclusion dans la celloïdine, et établir ainsi des séries présentant toutes les modifications du poil dans l'épaisseur et dans la longueur.

I. — Ses premières recherches lui ont fait voir que l'accroissement du poil de l'homme se fait par un processus de karyokinèse portant sur les cellules de la matrice du poil et de ses gaines. Waldeyer avait déjà annoncé ce fait, et Flemming l'avait étudié d'une façon assez détaillée chez le lapin et le cochon d'Inde. Le Dr S. Giovannini a, le premier, approfondi cette question pour le système pileux de l'homme.

Il a observé des figures de karyokinèse en très grand nombre sur les coupes longitudinales passant par l'axe du poil ; elles se rencontrent non seulement dans la cellule du centre, mais jusque dans celles de la gaine externe, dans le sens transversal, et dans le sens longitudinal sur toute la hauteur de la papille. La karyomitose s'observe dans les mêmes conditions, mais en diminuant d'importance progressivement de bas en haut.

On constate également des figures de karyokinèse dans la partie la plus basse de la cuticule du poil et de la gaine interne de la racine. Les cellules subissant la division indirecte sont isolées ou réunies en groupes. Les mouvements se font en général dans le sens de l'axe du poil. Il est à remarquer que la karyokinèse est plus étendue en surface, plus rapide et plus profonde chez l'homme que chez les animaux, et cela peut rendre compte de l'accroissement plus rapide et plus soutenu des gros poils de la barbe.

Les cellules de la gaine externe de la racine concourent au développement des poils à bulbe plein.

II. — On observe également la karyokinèse dans les cellules du bulbe du poil humain et de sa gaine au cours de certains états pathologiques, lorsqu'il se produit, par exemple, une inflammation considérable autour du poil. Au niveau d'une pustule de sycosis, la karyokinèse apparaît dans le bulbe du poil, mais elle est surtout accusée dans la gaine externe de sa racine. On constate en même temps un exsudat abondant dans cette gaine et de nombreuses cellules migratrices.

III. — *Trichorexie noueuse*. — Les poils offrent sur les sections transversales, un aspect irrégulier. Au lieu d'être arrondis, ils ont une forme triangulaire ou polygonale. Le même phénomène se retrouve dans la « scissura pilorum », division du poil à son extrémité.

Dans la trichorexie nodulaire, le poil commence à se partager en trois ou quatre branches, quelquefois davantage. La division se fait au niveau

de la cavité médullaire du poil, suivant des directions variables, mais toutes les ramifications ne prennent pas naissance au même endroit, elles se produisent à des intervalles très inégaux; d'ailleurs il peut exister des fissures à la partie interne du poil, qui n'intéressent pas la surface externe.

La division du poil à son extrémité se fait de la même manière; l'analogie est complétée par la séparation en fibrilles plus ténues des premières ramifications.

Dans ces deux affections, l'auteur n'a pas rencontré de microbes pathogènes malgré des recherches minutieuses et répétées. Il pense que la déformation primitive du poil, qui devient ovale, triangulaire, joue un certain rôle dans le développement de ces lésions.

IV. — Il s'agit ici d'un cas sans exemple dans la littérature médicale. Un jeune homme, blond châtain, présente depuis quatre ans, dans la barbe, au milieu de poils sains et normaux, de gros poils durs, raides, inégaux et friables. Quelques-uns de ceux-ci étaient le point de départ d'une vive irritation aboutissant à la constitution d'un véritable sycosis.

A leurs extrémités, les poils se divisent en plusieurs filaments; ils sont irréguliers et de volume très variable dans toute leur longueur. A leur centre, au lieu d'une cavité médullaire unique, on trouve trois ou quatre cavités, et autour de ces cavités, de même qu'au centre du poil, des masses dures, résistantes, avec pigment abondant.

S'agit-il d'une transformation spéciale d'un poil? ou de la réunion de plusieurs poils en une tige commune?

V. — Un malade porte sur les poils de la moustache de petites nodosités qui se sont reproduites six fois en cinq ou six ans. Elles sont toujours limitées à la moustache sans jamais empiéter sur la barbe.

Sur des coupes, le poil est complètement entouré par une petite masse qui s'attache à la gaine du poil sans attaquer en rien sa structure. Ces boules sont formées en très grande partie par des micro-organismes.

L'auteur a retrouvé dans ces parasites plusieurs des espèces décrites sur l'épiderme de l'homme ou sur les poils, mais aucun d'eux n'a présenté des réactions histo-chimiques permettant de soupçonner un élément nouveau, distinct. Des cultures n'ont donné aucun résultat; enfin l'auteur a tenté de reproduire la maladie en portant sur d'autres points de la barbe ces petits amas de parasites; cette expérience, d'ailleurs, se réalisait souvent spontanément lorsque ces masses détachées de la moustache tombaient sur la barbe; dans un cas comme dans l'autre, il n'y a pas eu reproduction de la maladie.

Il ne semble donc pas, comme le dit lui-même l'auteur, que ces parasites jouent un rôle prépondérant dans le développement de l'affection.

A. SIREDEY.

III. — Après avoir rappelé l'importance toujours croissante des dermato-mycoses, l'auteur insiste sur la nécessité d'étudier minutieusement toutes les questions de nature, de morphologie et d'évolution que comporte leur histoire. Malgré de très nombreux travaux, deux ou trois seulement de ces affections nous sont bien connues, et encore certains détails nous échappent. C'est ainsi que l'on considère généralement ces maladies comme localisées à l'épiderme. Ranvier a déjà montré, dans une excellente description, que le champignon de la teigne faveuse envahit aussi le derme; mais cette opinion a rencontré de nombreux contradicteurs, et l'auteur lui-même avoue être resté quelque temps incrédule, ses propres observations ne lui donnant que des résultats négatifs.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas d'eczéma marginé scroto-périnéal, il trouva facilement, dans les squames enlevées sur la partie malade, les éléments du trichophyton se montrant à la fois sous la forme de tubes et de gonidies.

Il voulut poursuivre ses recherches plus loin et étudier les rapports du champignon avec les lésions eczémateuses, et enleva, dans ce but, un petit morceau de peau qu'il durcit dans l'alcool absolu. De nombreuses coupes furent pratiquées sur ce fragment et examinées dans l'eau pure, dans l'eau additionnée de glycérine, sans l'intervention d'aucune matière colorante; enfin, d'autres pièces furent colorées à l'aide de la teinture d'iode ou par la méthode de Gramm. La couche cornée de l'épiderme avait presque complètement disparu : il n'en restait que quelques traces, et partout les éléments du trichophyton se rencontraient entre les cellules cornées ou au sein même de celles-ci.

Le corps muqueux et le corps granuleux persistaient plus ou moins modifiés; leurs cellules étaient moins colorées qu'à l'état normal, quelques-unes présentaient une sorte de transformation vacuolaire et contenaient des spores dans leur cavité.

Mais ces altérations n'étaient pas limitées à l'épiderme, elles s'observaient aussi à divers degrés dans le derme, tantôt dans les papilles, tantôt plus profondément. On y trouvait de nombreuses cellules migratrices et des amas de spores ayant les mêmes caractères que dans l'épiderme.

Ces spores occupaient surtout les lacunes lymphatiques; elles s'y rencontraient libres ou unies à des leucocytes. Les papilles légèrement augmentées de volume étaient infiltrées de leucocytes, ainsi que les couches plus profondes du derme.

L'auteur ajoute à son mémoire des planches qui ne laissent aucun doute sur la nature des lésions et sur le siège des parasites jusque dans la profondeur du derme.

C'est la première fois, croyons-nous, que cette constatation a été faite,

et elle peut surprendre puisque le trichophyton ne laisse jamais de cicatrices à sa suite (en dehors de celles qui résultent d'un traitement trop énergique); mais il ne faut pas oublier que les lésions signalées par l'auteur dans le derme se réduisent à des phénomènes régressibles, puisqu'ils consistent simplement en une légère exsudation avec migration de leucocytes.

A. SIREDEY.

IV. — Le *siegesbeckia orientalis* est un arbrisseau, dont les parties vertes ont une grande réputation à l'île de France. Un sirop que l'on prépare avec elles y est considéré comme souverain contre la syphilis, la goutte, la scrofule, etc... On s'en sert également après les avoir pilées en applications locales sur les ulcères gangréneux et phagédéniques. L'auteur a essayé la teinture de cette plante dans diverses maladies. Il l'a trouvée surtout efficace contre les diverses variétés de trichophytie et contre le pityriasis versicolor.

Il a traité par ce procédé huit cas d'herpès circiné parasitaire, quatre cas de sycosis parasitaire, et deux de teigne tondante: il prescrivait de faire matin et soir des frictions sur les parties malades avec un mélange à parties égales de teinture de *siegesbeckia* et de glycérine. Cette substance semble agir à la fois comme un stimulant et un parasiticide. Ce furent les deux cas de teigne tondante qui résistèrent le plus longtemps; mais enfin, après un traitement assez long, on obtint la guérison sans avoir eu recours à l'épilation. Le médicament semble être complètement inoffensif, bien qu'il se produise une teinte rouge à l'endroit où il a été appliqué; cette coloration disparaît spontanément un jour ou deux après qu'on en a cessé l'emploi. Pour obtenir de bons résultats, il ne faut pas se contenter de faire un badigeonnage, il faut pratiquer des frictions énergiques plusieurs fois par jour.

L. B.

V. — L'auteur donne une description d'ensemble de cette affection qu'il appelle encore *vespertilio*, qu'il considère comme rare, mais comme fort importante, car elle attaque la figure, et se développe surtout chez les femmes à la force de l'âge. C'est la dartre rongeanne qui détruit en surface de Bielt, l'érythème centrifuge du même auteur, la seborrhœa congestiva d'Hebra, le lupus superficialis de Parkes, le lupus érythématoïdes de Cazenave, l'érythème lupinosum de Veiel, le lupus seborrhagicus de Volkmann. Il insiste sur la disposition si spéciale de cette éruption qui figure dans son ensemble une chauve-souris les ailes étendues, ou un papillon. Le corps du papillon ou de la chauve-souris étant figuré par une plaque centrale occupant la face dorsale du nez et les ailes par de larges plaques sur les joues.

Balmanno Squire rappelle ensuite la fréquence avec laquelle le bord

libre des oreilles est envahi, le caractère si spécial des croûtes qui recouvrent les plaques malades, la marche centrifuge de la lésion, toutes particularités trop connues pour que nous reproduisions les développements dans lesquels il entre. Il étudie ensuite les principales localisations de l'affection, nez, joues, oreilles, cuir chevelu, front, paupières, lèvres plus rarement, parfois la face dorsale des mains et des doigts. Il dit ne rien savoir sur les causes du *vespertilio* : il n'admet donc pas l'opinion des nombreux dermatologistes qui considèrent cette affection comme une des variétés de la tuberculose cutanée. Il ne croit pas que l'on puisse en faire une variété de *lupus* ; il proteste contre la dénomination de *lupus erythematosus*, car ce n'est ni un *lupus*, ni une éruption érythémateuse ; aussi propose-t-il de la remplacer par le mot latin *vespertilio* (chauve-souris). En somme, pour lui c'est une maladie bien distincte, ayant son existence à part au même titre que le psoriasis, par exemple. Quant aux raisons qui ne lui permettent pas d'en faire un *lupus*, en voici les principales : le *vespertilio* n'a pas les mêmes localisations que le *lupus* ; il commence dans l'âge mûr, le *lupus* dans l'enfance ; il durcit et raidit la peau, le *lupus* la ramollit et la rend plus friable ; il ne détermine jamais d'ulcérations des téguments, ni de destruction des cartilages du nez et des paupières. Il y aurait beaucoup à dire en réponse à ce tableau et à ces opinions si tranchées, mais nous ne pouvons entrer ici dans une trop longue discussion.

L'histologie du *vespertilio* a été faite, dit l'auteur, par Neumann, Geddings, Kaposi, Thin, Geber et Stroganow. Nous nous demandons pour quels motifs il laisse de côté tous les travaux récents. Cet oubli fait qu'il ne décrit que ce qui est connu depuis longtemps, une inflammation chronique diffuse de la peau, avec tendance à se localiser vers les glandes ; d'où infiltration cellulaire diffuse groupée par places, puis dégénérescence graisseuse des éléments infiltrés et enfin atrophie cicatricielle. Dans la grande majorité des cas, les glandes sébacées sont le point de départ et le siège principal de l'affection, mais on a aussi prouvé que les glandes sudoripares et même que tous les éléments constitutifs de la peau jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, peuvent jouer le même rôle.

L'auteur pense que, lorsqu'on veut instituer un traitement pour le *vespertilio*, il faut toujours avoir présent à l'esprit ce fait d'observation que cette maladie ne peut guérir qu'en laissant une cicatrice, car les téguments sont trop profondément atteints pour qu'un autre résultat soit possible.

D'autre part, on ne doit pas oublier que la cicatrice produite par la dermatose laissée à son évolution spontanée est une cicatrice souple et lisse, non adhérente aux parties profondes et qui ne constitue pas à pro-



prement parler une difformité. Aussi faut-il éviter de déterminer par son intervention une cicatrice plus vicieuse que celle que laisserait l'affection abandonnée à elle-même; mais il ne faut pas se bercer de l'illusion de pouvoir obtenir une restitution ad integrum des téguments.

Les méthodes de traitement sont, d'après l'auteur, au nombre de deux : l'une qui consiste à favoriser le processus de résorption des produits morbides, l'autre qui consiste à les enlever mécaniquement. L'auteur préfère de beaucoup la dernière dans tous les cas où l'affection persiste depuis longtemps et est profonde: on peut détruire les tissus morbides avec des caustiques ou les enlever avec la curette. Parmi les agents qui favorisent la résorption des tissus de nouvelle formation, l'auteur cite le savon noir, les lotions soufrées, les pommades à l'iode de soufre, à l'iode rouge de mercure, à l'acide chrysophanique, les goudrons de pin, de genièvre, de bouleau, de houille, les emplâtres de Vigo au mercure, la glycérine iodée, enfin les ponctions de Volkmann et les scarifications linéaires de l'auteur.

Parmi les agents caustiques recommandables pour le traitement du versperilio, il cite l'acide phénique, l'acide chromique, la potasse caustique, l'acide acétique cristallisable, l'acide nitrique fumant, toutes ces substances plus ou moins étendues d'eau, la pâte de Canquoin, le caustique du frère Côme.

En résumé, de toutes ces méthodes, les trois plus efficaces pour l'auteur sont les applications de savon noir, celles d'acide nitrique fumant, et enfin les raclages avec la curette tranchante. Il donne les dessins des curettes de Volkmann et des siennes, que nous connaissons bien en France. Pour ma part, je leur préfère de beaucoup les nouvelles curettes de M. le Dr E. Vidal. Il recommande de les tenir comme une plume à écrire et de les faire agir suivant un angle aigu avec les téguments. Je n'insiste pas sur les résultats ultérieurs du raclage: il est un fait certain à l'heure actuelle, et surabondamment prouvé en France, c'est qu'un raclage réellement efficace donne fort souvent dans le lupus érythémateux du visage des cicatrices vicieuses.

L. B.

VI. — L'auteur commence par établir qu'il est plus rationnel de détruire le tissu lupeux par des substances chimiques convenablement choisies que par le thermocautère qui ne constitue, en somme, qu'un moyen d'action purement mécanique, et qui nécessite la destruction complète de tous les éléments, quelque petits qu'ils soient, sans quoi il ne met jamais à l'abri des récidives. Aussi est-on conduit à chercher une substance médicamenteuse qui exerce une action curative élective sur le tissu lupeux.

Or, en se servant d'emplâtres forts à l'acide salicylique pour enlever

les couches épidermiques les plus superficielles, et préparer le tissu lueux à subir l'action d'autres agents plus énergiques, l'auteur remarqua que ces emplâtres salicylés agissaient sur la néoplasie et que, si la quantité d'acide qu'ils contenaient était suffisante, les tubercules eux-mêmes étaient attaqués et détruits. Depuis longtemps, on savait bien que les pâtes arsenicales avaient une action élective identique : et Unna avait obtenu des effets analogues avec des emplâtres à l'arsenic et au mercure, au sublimé et à l'ichthyol, et même au mercure seul; mais jamais ces médicaments n'avaient agi avec autant de sûreté, d'énergie, de régularité, jamais les effets n'avaient été si nettement circonscrits aux tissus malades eux-mêmes, tandis que les tractus sains intermédiaires étaient respectés.

Il fallait donc expérimenter l'acide salicylique seul sur toute une série de lupus : mais il se présentait une première difficulté; la douleur extrême que produit cette substance quand on la met sur des surfaces à vif ou à peine protégées d'une mince couche d'épiderme. Cette douleur qui persiste pendant toute la durée de l'application, augmente en raison directe de la quantité d'acide contenue dans l'emplâtre. Pour arriver à en diminuer l'intensité, l'auteur a successivement incorporé à la pâte salicylée du mercure, de l'iodoforme, de la cocaïne, de l'opium, de l'extrait de cannabis, de l'hydrate de chloral, de la créosote. Parmi toutes ces substances les seules qui aient réellement donné des résultats sont l'opium (pur ou en extrait), l'extrait de cannabis et la créosote. La cocaïne sur laquelle Unna avait surtout compté, n'a nullement réussi, incorporée aux emplâtres, à calmer les douleurs. L'opium et le cannabis ont agi; et tous les malades sans exception ont déclaré que leurs souffrances étaient diminuées, mais leurs effets sédatifs ne se faisaient guère sentir qu'après une heure ou deux d'application, et n'arrivaient pas à supprimer complètement les phénomènes douloureux. Le cannabis calmait mieux que l'opium. Les emplâtres ainsi composés coûtaient fort cher à cause de la grande quantité de narcotiques qu'on était obligé d'y incorporer.

Peu satisfait de ces résultats, l'auteur essaya la créosote, et les effets sédatifs qu'il en obtint dépassèrent de beaucoup toutes ses prévisions.

Il faut se servir de la créosote vraie, pure, de goudron de hêtre. Avec un emplâtre contenant 10 grammes d'acide salicylique et 10 grammes de créosote par mètre, il y a encore une première période de dix minutes pendant laquelle le malade éprouve une vive sensation de douleur et de brûlure, mais ensuite tous ces phénomènes sont complètement calmés. On obtient un meilleur résultat avec un emplâtre contenant 10 grammes d'acide salicylique et 20 grammes de créosote par mètre : la période douloureuse ne dure que de 5 à 10 minutes et est bien moins pénible. Avec un emplâtre contenant 40 grammes de créosote et 10 grammes d'acide salicylique par mètre, la période douloureuse a une durée qui

varie suivant les individus de 5 à 15 minutes, mais pendant ce laps de temps les douleurs diminuent graduellement jusqu'à ce qu'elles aient entièrement disparu, et cette insensibilité continue tant que l'emplâtre reste appliqué.

Un emplâtre renfermant dix grammes d'acide salicylique par mètre suffit pour les cas ordinaires des joues et du nez et, en général, pour les lupus recouverts d'une mince couche épidermique et très vasculaires; mais lorsqu'on a à traiter des lupus caractérisés par des tubercules profondément enchâssés dans du tissu de cicatrice ancien, ou bien par des productions papillomateuses telles que le lupus papillomateux ou scléreux, et le tubercule des anatomistes, il faut employer des emplâtres contenant de 30 à 50 grammes d'acide salicylique par mètre.

Voici les formules des différents emplâtres qu'Unna a fait fabriquer par Beiersdorf d'Altona :

10 grammes d'acide salicylique			20 grammes de créosote.		
20	—	—	40	—	—
30	—	—	50	—	—
40	—	—	50	—	—
50	—	—	50	—	—

Lorsque l'on veut appliquer un nouvel emplâtre, pour arriver à diminuer l'intensité des douleurs que le malade éprouve pendant les premières minutes, on peut badigeonner les surfaces que l'on traite avec une solution de cocaïne à 4 0/0 quelque temps avant de faire cette seconde application.

Pour l'auteur, la créosote n'est pas seulement la morphine de la peau, elle agit aussi sur le lupus en vertu de ses propriétés antiseptiques. Aussi est-ce le meilleur adjuvant que l'on puisse trouver de l'acide salicylique. Il faut employer d'emblée les emplâtres les plus forts que le cas nécessite, puisqu'il y a tout d'abord à détruire une couche épidermique protectrice. On peut d'ailleurs activer les effets des emplâtres en les recouvrant de cataplasmes chauds. On refait le pansement une fois, au plus deux fois par jour, en se servant ou non de cocaïne; on nettoie les parties malades, soit avec du liniment oléo-calcaire, soit avec de l'huile, soit avec de l'axonge, soit avec du savon doux et de l'eau chaude. Lorsque l'on voit que tous les tubercules ont été attaqués, on emploie des emplâtres renfermant moins d'acide salicylique et de créosote. Enfin lorsqu'il s'agit de faire cicatriser les parties malades on emploie des emplâtres au mercure et à l'acide phénique ou bien à l'oxyde de zinc et à l'acide salicylique, ou bien de l'iodoforme ou de l'ichthyol. Unna recommande de laisser appliquer les emplâtres forts à l'acide salicylique plus longtemps qu'il ne semble nécessaire, et de leur faire dépasser les bords du lupus d'au moins un demi-pouce.

L. R.

VII. — M. Doyen a traité par la méthode proposée par Mosetig Moorhof deux cas d'épithéliome, trois cas de lupus ulcéreux de la face. L'un des malades atteints de cancroïde succomba à un érysipèle intercurrent. Une des malades atteintes de lupus guérit en trois mois et sa guérison se maintient encore au bout d'un an; une autre, paraissant guérie, est encore en observation; les deux autres malades sont toujours en traitement.

L'auteur fait remarquer que, malgré les observations de Mosetig Moorhof, l'acide lactique n'épargne pas absolument la peau saine; mais une surveillance de chaque jour permet d'éviter la production d'eschares. L'acide lactique, pur, de consistance sirupeuse, appliqué par l'intermédiaire d'un petit tampon de coton hydrophile, est laissé en place 15 à 20 minutes; il ne peut être laissé 24 heures que dans les points où on ne craint pas les eschares à distance; après l'avoir enlevé, on éponge soigneusement avec du coton sec. Avant l'application, la périphérie du mal doit être enduite d'un emplâtre résineux ou mieux de lanoline. Le traitement est peu douloureux et les applications peuvent être répétées tous les jours. Quand la destruction semble suffisante, on lave avec une solution antiseptique et on panse chaque jour avec une pommade au nitrate d'argent.

Les cicatrices sont d'abord lisses, roses, puis blanchissent plus tard, sans se rétracter, au moins dans les cas de lupus, ce qui tient à ce que l'acide lactique ne détruit ni le derme ni les couches épidermiques où il n'existe pas de tissu pathologique.

GEORGES THIBERGE.

VIII. — L'auteur publie le cas d'un malade âgé de 46 ans, atteint, depuis sept années déjà, d'une affection des mains et des pieds caractérisée par un épaissement excessif et quelque peu irrégulier de l'épiderme et par des plaques limitées d'eczéma chronique. Il essaya tout d'abord contre la kératose une solution de potasse caustique et il n'en obtint qu'une amélioration fort lente; les applications étaient pénibles et nécessitèrent l'emploi de cérat pendant quelques jours pour calmer la sensibilité des parties traitées. Il employa ensuite du bichlorure d'hydrargyre en solution alcoolique, mais il détermina ainsi la formation de deux ulcérations des plus douloureuses. Ayant entendu à cette époque parler des bons effets de l'acide lactique concentré, il en appliqua sur la paume des mains; au bout de quinze minutes, il put enlever avec la plus grande facilité par le grattage une grande quantité d'épiderme. Sept heures après, il fit une deuxième application, et 48 heures plus tard toutes les productions kératodermiques s'étaient détachées, laissant au-dessous d'elles les paumes des mains aussi douces que celles d'un enfant. On obtint le même résultat aux doigts et aux orteils. Au bout de six jours

pendant lesquels, le malade fit usage de pommade à l'oxyde de zinc et au goudron, l'épiderme recommença à s'épaissir cà et là sur la paume des mains et sur les doigts. On fit une nouvelle application d'acide et ainsi de suite pendant cinq mois : à cette époque la guérison sembla obtenue.

Knocke relate ensuite l'observation d'une dame qui le consulta pour des taches d'un jaune brunâtre situées sur le front et sur la partie supérieure du visage. Il lui fit des applications d'acide lactique de Merck dilué de trois fois son volume d'eau. La seconde application produisit une légère sensation de brûlure, puis les points touchés devinrent rouges, légèrement enflammés; au bout de 24 à 30 heures, l'inflammation se calma, l'épiderme desquama : après une troisième application on calma les parties atteintes avec une pommade à l'oxyde de zinc et au bout de quatre jours la guérison complète était obtenue. La malade avait pris soin de ne pas mettre d'eau en contact avec les parties opérées jusqu'à ce que la desquamation eût commencé.

Il traita une autre dame pour des éphélides de la face, par le même procédé, avec le même succès.

Un chauffeur atteint de kératodermie plantaire fut guéri en six ou huit jours par des applications d'acide lactique.

Cette substance réussit également fort bien contre les verrues ordinaires : pendant plusieurs jours on en fait deux ou trois applications par jour. Dans l'herpès circiné des téguments, et dans le pityriasis versicolor une seule application de cette substance suffit d'ordinaire pour détruire le parasite et amener la guérison.

L. B.

VARIA.

---

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA DERMATOLOGIE  
ET DE LA SYPHILIGRAPHIE DANS LES UNIVERSITÉS  
ALLEMANDES ET AUTRO-HONGROISES.

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ENSEIGNEMENT DE LA DERMATO-SYPHILIGRAPHIE  
EN FRANCE, EN ALLEMAGNE ET EN AUTRICHE-HONGRIE

Par M. le Professeur **Henri LELOIR.**

(Suite.)

---

*Avenir universitaire du médecin qui se consacre à la dermatologie et à la  
syphiligraphie en France.*

Et maintenant, demandons-nous à quoi peut arriver en France le jeune docteur qui se destine à la dermato-syphiligraphie? Comparons rapidement son avenir à celui du médecin allemand ou austro-hongrois dont nous venons de tracer l'évolution; et, pour éviter les redites, tirons de suite de cette comparaison entre le mode de recrutement du professeur de dermatologie en France d'une part, et en Allemagne et en Autriche-Hongrie d'autre part, les conclusions qui en découlent fatalement.

Attiré vers l'étude des maladies cutanées et syphilitiques qu'il a déjà commencé à étudier sous la direction d'un ou plusieurs maîtres, comme externe, puis comme interne, le jeune docteur se présente au concours de clinicat des maladies cutanées et syphilitiques. Là il subit ses épreuves devant un jury, dont seul le professeur chez lequel il désire entrer comme chef de clinique est un dermato-syphiligraphe consommé.

Avant de continuer, j'ajoute qu'il faut déjà un certain courage à un jeune docteur qui se destine ensuite aux difficiles concours du Bureau central et de l'Agrégation de Paris, pour se présenter au clinicat des maladies cutanées et syphilitiques. J'en sais quelque chose pour ma part. Lorsque je me décidais en 1881 à concourir pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques à l'hôpital Saint-Louis, il n'est pas d'objections, et d'objections sérieuses et justes, que mes maîtres et mes amis ne m'aient faites dans l'intérêt de mon avenir scientifique. Si vous (ou tu) vous spécialisez dès maintenant, cela vous sera reproché dans vos concours du Bureau central et de l'Agrégation par les autres concurrents et par des membres de vos jurys. Où prendrez-vous le temps de préparer vos conférences pour le Bureau central ou pour l'Agrégation, si vous passez votre temps (textuel) à vous occuper de la dermatologie et de la syphiligraphie? Vous savez bien qu'on ne pose guère de questions ayant rapport à la dermatologie et à la syphiligraphie au Bureau central

et à l'Agrégation, etc... Malgré toutes ces objections, très sérieuses en effet, je voulais arriver aux hôpitaux de Paris et à l'agrégation parisienne, je concourus et je fus nommé. Dès lors, je m'adonnai avec rage à la dermatosyphiligraphie pour laquelle je m'étais passionné pendant mon internat chez mes maîtres Cornil et Lailler. Ne sacrifiant pas tout mon temps à la préparation des conférences du Bureau central, ne me laissant pas accaparer seulement par ce travail d'entraînement spécial de la parole et de la mémoire qui s'appelait alors la préparation du concours d'Agrégation et du Bureau central, je me disais, je suis dans le premier milieu dermatosyphiligraphe du monde sous la direction d'un maître hors ligne, je suis en contact avec des dermatologistes des plus éminents, les médecins de l'hôpital Saint-Louis. Je veux en profiter. Et je me lançai avec ardeur dans les études et les recherches ayant rapport à la dermatosyphiligraphie.

Ma nomination, quelques années après, à la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de médecine de Lille fut, me dira-t-on, la récompense de mes travaux. Je l'admets volontiers, mais n'ai-je pas profité de circonstances exceptionnelles, uniques, et quels qu'aient été les services que j'aurais pu rendre au progrès de la dermatosyphiligraphie, quelle qu'ait été ma valeur comme dermatosyphiligraphe, n'est-ce pas à une série de hasards heureux que je dois ma situation ? J'ai eu de la chance, comme le disaient mes camarades : je dois en convenir. — Mais c'est justement pour cela que je n'aurais conseillé à personne de se spécialiser en France, malgré vents et marées, comme je l'ai fait. — Quel est en effet l'avenir dermatosyphiligraphique d'un jeune chef de clinique, quelque distingué qu'il soit ? S'il veut un jour occuper une chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, il n'a que trois facultés où il puisse espérer arriver : Paris, Lille, Lyon. Mais, pour le moment, les trois places sont occupées par des titulaires. Combien de temps devra-t-il attendre ? Et pour y arriver (ne pouvant y parvenir par sa seule valeur comme dermatosyphiligraphe) comment fera-t-il ? Il concourra à l'agrégation. Mais à quelle agrégation, à l'agrégation de dermatosyphiligraphie me demandaient des médecins allemands et autrichiens ? Nous n'en avons pas chez nous, étais-je forcé de répondre.

Non, il préparera son agrégation, il acquerra une instruction faite et parfaite en médecine générale, il deviendra un encyclopédiste médical de première valeur, un médecin de premier ordre. Après de longues années de pénibles concours pendant lesquels il aura été forcé d'abandonner en entier ses études dermatosyphiligraphiques, il sera nommé agrégé. Et après ? Après, c'est tout. Mais ce n'est pas tout à fait tout, il a plusieurs années de plus, et ces années il n'a pu, par suite du concours encyclopédique de l'agrégation, les consacrer à l'étude de la dermatosyphiligraphie. Il est déjà âgé, il a près de 40 ans, parfois plus.

Sera-ce lui qui sera chargé de remplacer le professeur en cas d'absence ? Sera-t-il désigné comme son auxiliaire, son suppléant au besoin à un moment donné ?

Peut-être, mais rien de plus aléatoire.

Alors il se fait le raisonnement suivant, s'il ne se l'était pas fait déjà depuis longtemps : A quoi bon me consacrer à l'étude de la dermatosyphiligraphie puisque je ne serai probablement jamais appelé à l'enseigner. Je poursuis une chimère, alors que le nombre des chaires de médecine générale étant beaucoup plus considérable, j'ai certaines chances, en ne me spécialisant pas trop, soit d'arriver à la pathologie interne, soit à l'hygiène, soit à



la thérapeutique, etc., etc., soit même à une des nombreuses chaires de clinique médicale qui existent en France. Pourquoi pas, à la longue ? Mais pour cela, il ne faut pas trop se spécialiser, car cela me serait certainement reproché au moment où je devrais poser ma candidature à l'une quelconque de ces chaires de médecine. Ne nous spécialisons donc pas et faisons de tout, mais pas seulement de la dermato-syphiligraphie. C'est ainsi que le découragement et l'indifférence finissent à la longue par remplacer l'ardeur avec laquelle il s'était lancé dans les études si vastes et si attrayantes de la dermato-syphiligraphie. A ce moment il a dépassé la quarantaine, et frise parfois la cinquantaine. Or, à cet âge, ceux qui devaient arriver à l'enseignement dermato-syphiligraphique, en Allemagne ou en Autriche-Hongrie, sont passés maîtres depuis longtemps, ils professent dans leurs cliniques depuis de longues années.

Si l'agrégé veut, malgré tout, enseigner la dermato-syphiligraphie, faire un cours accessoire de cette science (cours nullement officiel et nullement rétribué), encore faut-il qu'il ait un service hospitalier spécial qui lui permette de faire ce cours. Encore faut-il qu'il soit (prenant Paris pour exemple) médecin de l'hôpital Saint-Louis. Or le hasard, le roulement seuls l'y amèneront peut-être ? « Avec notre organisation surannée, disent si justement Besnier et Doyon, dans leur admirable préface à la traduction de Kaposi, le médecin que le hasard (le hasard seul, qu'on veuille bien ne pas l'oublier) des mutations hospitalières amène à l'hôpital Saint-Louis a déjà atteint sa quarantième année, souvent il n'y parvient que plus tard », quand il y arrive, ajouterai-je.

Si maintenant nous retournons la question, ce n'est pas sans un sentiment d'angoisse que nous pouvons nous demander : Qui remplacera les professeurs de dermatologie dans les Facultés de médecine françaises lorsque ceux-ci disparaîtront pour une raison ou pour une autre ?

Où est le personnel, où sont les recrues chargées de remplacer les vétérans ?

L'Université y a-t-elle songé ? A-t-elle pris des mesures en conséquence ? Les agrégés chargés de remplacer ces professeurs, car il faut être agrégé, il faut appartenir à l'Université pour occuper une chaire de création ancienne (1), sont-ils prêts ? Avez-vous des agrégés spéciaux ? Nous sommes obligés de répondre : Non.

(1) Cette règle, pour ne pas dire cette habitude qui veut que, pour être nommé professeur d'une chaire magistrale, de création ancienne, il faille être déjà agrégé, et en général agrégé de l'Université près laquelle on espère être nommé titulaire (le fait existe dans tout son absolu à Paris, cette Faculté se refusant jusqu'ici à tout libre-échange avec la province ; je reviendrai d'ailleurs plus loin sur cette importante question du roulement) est juste, prise d'une façon générale, si des concours spéciaux étaient établis pour la dermatologie. Mais ce n'est pas sans un sentiment d'étonnement et mieux de moquerie que les étrangers nous demandent comment il se fait que l'Université n'a pas ou n'aurait pas le droit de choisir un des maîtres de Saint-Louis, simplement médecins des hôpitaux, si le personnel lui faisait défaut dans le corps des agrégés. Je ne veux pas insister davantage sur cette question, un peu particulière, car elle ne concerne guère que Paris. Il suffira d'ailleurs d'installer un concours d'agrégation spécial pour que cette règle, qui cause tant de préjudice à l'enseignement dermato-syphiligraphique français perde toute nocuité. Encore faudra-t-il que ce concours d'agrégation spécial soit précédé d'un concours spécial pour le bureau central, à moins que l'Université ne devienne maîtresse d'un nombre suffisant de services spéciaux des hôpitaux.

Non, car il n'existe pas de concours spécial d'agrégation où puissent se recruter les futurs professeurs. Non, car il n'existe pas dans les facultés d'agrégés spéciaux (chargés de remplacer le professeur quand il s'absente, ou de lui servir de complément dans son enseignement) (1), et parmi lesquels la faculté pourra choisir lorsque celui-ci devra être remplacé d'une façon définitive. Non, car l'organisation actuelle loin de pousser les agrégés ou les futurs agrégés à se spécialiser, les détourne plutôt des recherches dermatosyphiligraphiques.

Que l'on n'aille pas me répondre que le moment venu les hommes se trouveront. Que l'on n'aille pas compter sur des hasards exceptionnels, comme celui qui a donné à la faculté de Paris un maître comme A. Fournier. Il s'agit là d'un hasard, A. Fournier est arrivé *malgré* l'organisation actuelle de l'enseignement. Et d'ailleurs, sa chaire spéciale, comme celle de Lyon et de Lille, était de création nouvelle, elle ne date que de quelques années.

Le ministère de l'instruction publique, l'Université ne peuvent compter sur le hasard, dans le recrutement des hommes chargés d'enseigner cette importante spécialité.

Pour triompher, il faut organiser la victoire.

C'est ce qu'a fait l'Allemagne; nous venons de le voir; c'est ce qu'a fait depuis longtemps l'Autriche, nous l'avons déjà vu et nous le verrons encore plus loin. C'est pourquoi l'Autriche-Hongrie, malgré l'excellence des dermatologistes français, est arrivée à battre l'enseignement dermatologique français et a détourné vers Vienne le courant des élèves étrangers. Qui l'eût cru il y a trente ans?

Mais Vienne, grâce au génie de Hebra, grâce à la façon dont ce maître fut écouté par le gouvernement austro-hongrois et par l'Université, a su organiser la victoire en tirant parti de tout et de tous.

Et cependant, comme nous le verrons, l'Autriche ne trouve pas encore suffisant ce qu'elle a fait, désireuse de se maintenir au premier rang dans l'organisation de l'enseignement dermatosyphiligraphique, elle prépare en ce moment même des réformes qu'elle juge nécessaire au perfectionnement de cette organisation.

#### *Le roulement dans les Universités allemandes et austro-hongroises.*

Pour terminer cette question du recrutement des professeurs dans les universités allemandes et austro-hongroises, je dois dire un mot du roulement. En Allemagne, comme en Autriche-Hongrie, pour ne m'occuper que de ces deux pays, tout professeur peut espérer, s'il le désire, passer d'une université moins importante dans une université d'importance supérieure.

Il n'est pas fixé au sol.

Si après avoir conquis son titre de professeur, grâce à ses travaux et son enseignement, il continue à se distinguer, il peut être appelé par une autre université laquelle lui offrira des avantages supérieurs à ceux qu'il trouve

(1) Ne devrait-il pas y avoir dans chaque faculté où existe un professeur dermatosyphiligraphie, adjoints au professeur un ou plusieurs agrégés spéciaux, qui pourraient ainsi se préparer à le remplacer un jour en prenant sa place pendant ses absences, en faisant un cours complémentaire secondaire, cours préparatoire d'une si grande utilité pratique et que le professeur, qui ne peut tout faire, est obligé de négliger dans son enseignement qui doit être surtout clinique et magistrale?

dans son milieu actuel. A lui de voir si ces avantages sont suffisants pour le décider à quitter l'université où il professe. Il se fait en quelque sorte une espèce de marchandage ayant pour facteurs, d'une part, les mérites du professeur que l'université appelante désire recruter, et, d'autre part, les ressources que cette université appelante peut offrir au professeur. Sans insister davantage sur cette question, je ne puis cependant laisser dans l'ombre l'influence majeure qu'exerce un pareil état de choses sur l'émulation des professeurs.

Tout professeur peut, en effet, s'il continue à travailler, espérer arriver successivement à l'université désirée, quelque importante qu'elle soit. Et, Berlin même, n'est pas comme Paris, un centre fermé pour toujours aux professeurs de province, centre qu'ils pourront contempler de loin sans espoir d'y pénétrer jamais, quel que soit leur mérite (1).

En un mot, il existe en Allemagne pour les professeurs de toutes les facultés, un roulement analogue à celui de nos professeurs des facultés des sciences, des lettres et de droit.

Et nous savons tous combien ce roulement exerce une influence heureuse sur l'activité et le développement de ces facultés.

Les étrangers comprennent difficilement, quand on leur explique l'organisation de nos universités, comment il se fait que les professeurs des facultés des sciences, des lettres, de droit, peuvent, grâce au roulement, espérer arriver à telle ou telle université, y compris Paris, alors que leurs collègues, les professeurs de la Faculté de médecine ne pouvant jouir du roulement ou ne jouissant que d'un roulement (d'ailleurs fort incomplet jusqu'ici de faculté de province à faculté de province), n'arriveront jamais à Paris.

Cette différence choquante, cette anomalie inexplicable sont incomprises des étrangers. Peut-être ne les comprenons-nous pas davantage.

Cela tiendrait-il à ce que, chez nous, le professeur de la faculté de médecine se déplacerait difficilement, retenu qu'il est par le souci de conserver la clientèle qu'il s'est créée ? Je ne veux pas le croire.

En tous cas, les devoirs du professeur doivent passer avant ceux du praticien ; et, si l'Université a à s'occuper de l'une de ces individualités morales, c'est du professeur et non du praticien. — On remarquera d'une façon générale qu'en Allemagne, les soucis du professorat passent avant ceux de la clientèle. Cela tient en partie à ce que, dans ce pays, les avantages pécuniaires que tire le professeur de son enseignement sont en quelque sorte proportionnés à la valeur de son enseignement et que ses appointements sont suffisants pour lui permettre de ne pas chercher d'autres ressources dans une pratique effrénée de la clientèle. (Je laisse de côté bien entendu la clientèle de consultation, clientèle n'absorbant que quelques heures de la journée du professeur et nécessaire pour ainsi dire au spécialiste.)

Quoi qu'il en soit, le roulement donne en Allemagne les résultats les plus favorables au point de vue du recrutement, du travail de triage (si j'ose m'ex-

(1) Il est vrai, et cela constitue l'une des principales forces de l'organisation scientifique médicale de l'Allemagne et de l'Autriche-Hongrie, que la décentralisation scientifique y existe depuis longtemps à un haut degré, et que le lustre des Universités de Leipzig, d'Iéna, de Munich, par exemple, n'est guère obscurci par celui de Berlin. Ceci résulte d'ailleurs en partie de ce roulement des professeurs, si favorable à la science qui existe en Allemagne. Il faut aussi se rappeler que les avantages que trouvent les professeurs dans les grands centres universitaires allemands sont souvent tellement considérables à bien des points de vue, qu'ils s'y trouvent plutôt retenus que portés à les abandonner.

primer ainsi), du personnel enseignant dans les facultés de médecine, de même que chez nous il donne des résultats excellents pour les facultés des sciences, des lettres, de droit.

Le ministère de l'instruction publique a, dans ces dernières années, commencé à établir le roulement des facultés de province à facultés de province. Cela n'a pas été sans difficulté, il est vrai, mais les résultats obtenus n'en ont pas moins été excellents. Son œuvre ne sera véritablement utile que lorsqu'il l'aura complétée et élargie en établissant en France, pour les facultés de médecine, ce qui existe déjà pour les autres facultés, le libre-échange entre toutes les universités de France, y compris Paris.

*La puissance de l'enseignement dermato-syphiligraphique en Allemagne tire sa principale force de l'organisation et du mode de recrutement des professeurs que nous venons d'étudier.*

Telle est l'organisation et le mode de recrutement des professeurs de dermatologie et de syphiligraphie en Allemagne. Sans considérer cette organisation comme parfaite, comme suffisante même, on peut dire que les résultats obtenus sont considérables, surtout si l'on songe que, en Allemagne, l'ère dermato-syphiligraphique, au point de vue de l'enseignement, ne date que de Börensprung.

Or actuellement l'Allemagne, sans être outre mesure fière du résultat obtenu, peut cependant en être heureuse. Elle possède un corps enseignant nombreux (bien qu'insuffisant comme nombre, puisqu'il devrait exister un professeur extraordinaire de dermatologie dans chaque centre universitaire), formé par des dermato-syphiligraphes éminents. De plus, elle peut envisager l'avenir avec confiance, car, grâce au mode de recrutement des professeurs, grâce à la possibilité qui existe dans ce pays d'arriver par le travail à se créer une situation dermato-syphiligraphique dans l'université, grâce en un mot à l'espoir d'arriver à quelque chose, elle a formé une pléiade de jeunes dermato-syphiligraphes de valeur, parmi lesquels elle pourra choisir lorsque quelques-unes de ses chaires seront devenues vacantes.

*Défectuosités de l'enseignement dermato-syphiligraphique actuel en Allemagne. — Ces défauts ne tiennent pas à l'organisation générale qui est excellente, mais à certaines causes locales.*

L'enseignement dermato-syphiligraphique est excellent dans plusieurs universités. Cependant, dans quelques-unes d'entre elles, cet enseignement me semble être un peu trop théorique et le côté clinique et pratique un peu trop négligé. On pourrait presque dire que si, à Vienne, par exemple, l'enseignement pêche (si ce terme était applicable à un enseignement aussi supérieurement organisé) par la recherche excessive du côté pratique, c'est plutôt la recherche excessive des spéculations scientifiques abstraites que l'on pourrait lui reprocher dans quelques universités allemandes.

Mais c'est par le mauvais mode d'emploi des ressources cliniques que cet enseignement est surtout défectueux dans plusieurs universités allemandes. Dans plusieurs universités, la chaire de dermato-syphiligraphie existe, elle est occupée par un dermato-syphiligraphe excellent, éminent même; mais

les ressources cliniques qui lui sont fournies pour faire son enseignement sont absolument insuffisantes.

C'est ainsi que l'on est étonné de voir, à Königsberg, un savant de la valeur de Caspary (professeur extraordinaire) n'avoir, pour matériel d'enseignement clinique, qu'une polyclinique et pas de service hospitalier ; de voir à Leipzig, cette grande université, un dermatologiste de la valeur de Lesser ne posséder ni service hospitalier, ni polyclinique officielle, pour les besoins de son enseignement et être obligé de chercher les malades dans sa polyclinique privée, qu'il entretient à ses frais.

D'autre part, on voit dans la grande université de Munich, un service dermato-syphiligraphique considérable, riche en ressources cliniques des plus intéressantes, dirigé par un médecin instruit, mais dont la place serait plutôt (que le Dr Posselt excuse ma franchise) à la tête d'un service chirurgical que d'un service dermato-syphiligraphique. Il en est de même à Würzburg, où un service dermato-syphiligraphique (insuffisant d'ailleurs) se trouve dirigé par le Dr Seifert, médecin instruit, laryngologiste de valeur, mais que l'on s'étonne de voir chargé d'enseigner la dermato-syphiligraphie dans une université de l'importance de Wurzburg. Enfin, à Berlin même, n'est-on pas étonné de voir à la tête d'un service de 20 lits (20 lits de maladies cutanées pour Berlin, ville de 1,200,000 habitants), un anatomo-pathologiste et un médecin des plus instruits, il est vrai, mais qu'aucun dermatologiste ne peut considérer comme faisant partie de notre grande famille dermato-syphiligraphique : Schweeninger.

En somme, si l'on passe en revue les universités allemandes où la dermato-syphiligraphie est enseignée d'une façon efficace, suffisante, parfaite et au point de vue des hommes, et au point de vue des choses, je trouve :

- BERLIN.** Clinique syphiligraphique avec ses 150 lits. — Professeur : Lewin.
- BONN.** Ce modèle de clinique dermato-syphiligraphique, et comme installation, et j'allais dire comme professeur si je ne craignais de blesser la modestie de mon ami le professeur Dautrelepont.
- BRESLAU.** Avec sa clinique de 80 lits, dirigée par cet éminent dermato-syphiligraphe si actif, si passionné pour notre chère spécialité, mon ami le professeur Neisser.
- STRASBOURG.** Où il a fallu que les Allemands nous montrent en installant la clinique dermato-syphiligraphique si bien organisée de mon savant ami le professeur Wolff, comment on pouvait de toutes pièces créer un enseignement dermato-syphiligraphique réel.

Quant aux autres universités où cet enseignement est noté comme existant dans le tableau ci-dessous, je n'en parlerai pas, car tout récemment l'enseignement dermato-syphiligraphique vient de s'y éteindre (pour y renaître probablement) à Fribourg, avec la mort de W. Hack, à Iéna, avec le départ pour Berlin de F. Fürbringer. Quant à Erlangen, malgré sa science et son travail, il est impossible à Fleischer d'y créer un centre dermato-syphiligraphique, vu l'absence totale de matériel d'enseignement clinique.

On voit donc que, si le nombre des universités pourvues en Allemagne d'un

enseignement dermato-syphiligraphique, constitue un chiffre important, il ne faut pas oublier que tout ce qui est noté comme centre d'enseignement dermato-syphiligraphique dans notre tableau ci-dessous est loin d'être parfait, de constituer même un cours dermato-syphiligraphique suffisant.

Que nous reste-t-il en effet ?

Berlin, Bonn, Breslau, Strasbourg, puis Königsberg et Leipzig, mais avec des polycliniques seulement ; Munich où tout ce qu'il faut existe comme matériel clinique, et enfin Würzburg.

Mais, ce qui fait la force de l'avenir dermato-syphiligraphique en Allemagne, c'est que le principe de l'existence d'un enseignement dermato-syphiligraphique pour chaque centre universitaire y existe, que cet enseignement y est représenté dans la plupart des universités, qu'en un mot, il ne reste plus guère à l'Etat et aux universités qu'à le perfectionner dans les centres où il existe, à l'organiser dans ceux où il n'existe pas.

A mon avis, si université et Etat font leur devoir (et les maîtres en dermatologie et syphiligraphie de l'Allemagne y poussent suffisamment), la dermato-syphiligraphie en Allemagne, par suite de son organisation actuelle, par suite des principes admis, mais incomplètement réalisés, est appelée à un grand avenir (1).

Si l'on compare ce que le ministère de l'instruction publique a fait chez nous en quelques années, à ce qui existe en Allemagne, on peut dire que, s'il continue à vouloir, comme il l'a fait, dans ces dernières années, nous aussi nous aurons des centres dermato-syphiligraphiques, en nombre suffisant (il en faut un par faculté de médecine) ; restent donc trois chaires à créer.

(1) Un matériel d'enseignement qui fait absolument défaut en Allemagne et en Autriche-Hongrie, ce sont les moulages en pâtes colorées qui représentent d'une façon si saisissante les lésions de la peau, lorsqu'ils sont fabriqués par des artistes comme Baretta, comme Jumelin et, je crois pouvoir le dire maintenant, comme mon élève M. Havrez (aide-préparateur de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de médecine de Lille). Malgré leurs efforts, les Universités d'Allemagne et d'Autriche-Hongrie ne possèdent pas de mouleurs, et l'on peut s'étonner à bon droit de voir, chez nous, certaines facultés françaises encourager si peu les artistes qu'elles ont le bonheur de posséder quand l'étranger ferait tant pour en avoir de semblables. Quoi qu'il en soit, les Universités de l'Allemagne et de l'Autriche-Hongrie remédient en partie à cet inconvénient en achetant, à Paris et depuis 1887 aussi à Lille, les moulages dont elles ont besoin.

Je saisis l'occasion pour faire remarquer l'utilité qu'il y aurait à créer, dans chaque faculté française, une situation officielle de mouleur (lorsque la faculté a le bonheur de posséder un artiste de talent suffisant) ainsi que je l'ai proposé, le 16 mars 1886, au conseil de la faculté de médecine de Lille.

Voici, d'ailleurs, la proposition que j'avais émise à cette époque :

« Monsieur le Doyen,

« Les moulages en pâte colorés, destinés à représenter des lésions pathologiques diverses, des pièces anatomo-pathologiques, anatomiques, embryogéniques, etc., rendent à l'enseignement les plus grands services. Il est malheureusement fort difficile de trouver des mouleurs possédant les connaissances de Baretta et de Jumelin. Aussi, non seulement les facultés françaises, mais encore les universités étrangères, sont-elles obligées de s'adresser à Paris pour ce matériel d'enseignement.

« Les inconvénients qui résultent de cet état de choses sont considérables. Il est

A l'État, à l'Université à les organiser et à organiser le recrutement de leur personnel de façon à ce qu'ils progressent. Le personnel ne lui fera certes pas défaut dans la patrie des Alibert, des Rayer, des Bazin. Quand l'État le voudra, la France reconquerra la place qu'elle n'aurait jamais dû perdre.

#### *Les locaux.*

Je n'ai que peu de choses à dire des locaux affectés à l'enseignement des maladies cutanées et syphilitiques dans les universités où cet enseignement existe.

A Berlin, à Breslau, à Munich, etc., les services dermato-syphiligraphiques se trouvent situés dans de vieux hôpitaux et rappellent assez bien nos services français de Saint-Louis ou de l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille.

Je dois cependant signaler, en passant, l'encombrement excessif qui règne dans le service des vénériennes du professeur Lewin, à Berlin, où les lits se touchaient presque dans plusieurs salles, lorsque j'ai visité ce service en 1886. Notons en passant que l'hôpital de la Charité de Berlin, où se trouve le service du professeur Lewin, est un hôpital militaire. Aussi, les médecins char-

d'ailleurs impossible de reproduire les cas importants qui se trouvent dans nos services ou laboratoires. Un jeune artiste, M. Havrez, dont le talent peut presque rivaliser avec celui de Jumelin, s'est appliqué à ce genre de travail depuis un an et demi.

« Tous ceux d'entre nos collègues, qui l'ont employé, ont admiré la perfection des moulages coloriés qu'il a faits.

« Ce jeune homme désirerait être attaché d'une façon officielle à la faculté, après l'avoir été d'une façon officieuse, et il demande le modeste titre d'aide-préparateur aux appointements de 600 francs.

« Au nom de plusieurs de mes collègues et au mien, je vous prie, Monsieur le Doyen, de mettre en délibération la création de cet emploi nouveau.

« Cette création peu coûteuse sera d'une grande utilité à notre enseignement, et il nous semble que les artistes de ce genre sont beaucoup trop rares pour que nous laissions échapper une pareille occasion.

« Vous-même, Monsieur le Doyen, vous vous êtes montré on ne peut plus favorable à la création de cet emploi.

« Recevez, etc.

« Signé : H. LELOIR, A. PAQUET, FOLET, HERRMANN,  
TOURNEUX, HALLEZ. »

On voit donc que, dans ma proposition, j'avais en vue l'intérêt, non seulement de la dermato-syphiligraphie, mais celui de toutes les cliniques et des laboratoires de notre faculté. Les frais nécessaires à cette création n'étaient pas considérables. Le doyen, M. Wannebroucq, ayant cru devoir combattre ma proposition, j'ai dû tourner la question en demandant que la place de chef de clinique (à 1,200 fr.) fût remplacée chez moi par deux places : l'une, d'aide de clinique; l'autre, d'aide-préparateur (chacun à 600 fr.). C'est ainsi que j'ai été forcé de m'annexer M. Havrez au lieu de faire profiter tous mes collègues de son talent. Et ce qui prouve bien que les frais d'installation pour la création que je demandais n'étaient pas considérables, c'est que, avec les crédits si insuffisants (800 fr.) qui me sont alloués pour mes frais de cours, j'arrive encore à obtenir des moulages parfaits, en quantité à peu près suffisante. Quels services un mouleur de talent n'aurait-il pas rendus à tant de cours de notre chère faculté, si on lui avait donné une installation suffisante en le nommant « chef du laboratoire des moulages de la Faculté de médecine » ?



gés de soigner les vénériennes ne sont-ils pas des assistants appartenant à l'Université ; mais, chose bizarre, des médecins militaires.

J'ai été choqué de voir à Würzburg, les syphilitiques logés d'une façon réellement peu confortable (surtout si l'on compare leurs salles aux autres belles salles de ce grandiose et antique hôpital). Leur coucher était également insuffisant. En un mot, j'ai retrouvé à Würzburg cet esprit détestable et mesquin, que l'on observe dans certains hôpitaux français et qui se résume en cette phrase : « Tout est assez bon pour les syphilitiques et les vénériens. »

Je note, en passant, une installation pratique que j'ai observée à Munich. C'est un service spécial pour les étudiants affectés de maladies vénériennes ou cutanées.

A Berlin, à Breslau, à Strasbourg, à Würzburg, un laboratoire de recherches et une salle de cours se trouvent adjoints au service hospitalier. Le laboratoire du professeur Neisser, à Breslau, peut être considéré comme un type de ce genre d'installation.

L'installation de la clinique dermato-syphiligraphique de l'université de Bonn, mérite une description particulière, car elle peut être considérée comme un modèle du genre. C'est le service le plus parfait, comme distribution du local, que j'aie rencontré en Allemagne et en Autriche-Hongrie. Cela se conçoit, du reste, car à Bonn, le local ou mieux le pavillon de la dermato-syphiligraphie a été construit exprès pour cette clinique (tandis qu'à Berlin, Breslau, etc., d'anciens locaux ont été adaptés d'une façon naturellement toujours défectueuse aux besoins de ladite clinique).

La clinique dermato-syphiligraphique de l'Université de Bonn est installée dans un beau pavillon en pierre de taille composé d'un sous-sol, un rez-de-chaussée surélevé de 1<sup>m</sup>,50 environ au-dessus du sol, un premier étage et un grenier. Ce pavillon est entouré d'un splendide jardin-cour.

Dans ce pavillon, se trouve, au rez-de-chaussée, un amphithéâtre spacieux, admirablement installé et éclairé, spécial (chose nécessaire d'ailleurs) à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques. C'est là que le professeur fait ses cours, ses opérations et examine les malades de la polyclinique. En effet, chose excellente, cet amphithéâtre est attenant à un grand vestibule (sorte de vaste salle) chauffé par un calorifère (comme tout le bâtiment d'ailleurs).

A côté de cet amphithéâtre et communiquant avec lui, se trouve un laboratoire d'anatomie pathologique spacieux et bien éclairé. Une salle spéciale est réservée pour les cultures bactériologiques, etc. Le cabinet du professeur, vaste et bien éclairé, est attenant au laboratoire d'anatomie pathologique. Le service comprend 56 lits, une moitié du pavillon est destinée aux hommes, l'autre aux femmes. Les sexes sont absolument séparés. Les hommes se trouvent dans l'aile droite ; les femmes dans l'aile gauche du pavillon.

Les salles affectées aux malades atteints d'affections cutanées se trouvent au rez-de-chaussée. Ce sont où des chambres isolées, ou des salles communes de 4 à 10 lits.

Les salles affectées aux malades atteints d'affections vénériennes se trouvent au premier étage et sont disposées comme les précédentes, c'est-à-dire admirablement.

Une infirmière ou un infirmier sont affectés au service de chaque section : syphilitiques-hommes, syphilitiques-femmes ; peau-hommes, peau-femmes.

En outre, une bonne est chargée de la préparation des tisanes, du relavage de la vaisselle, etc. La nourriture est fournie par la cuisine des cliniques et distribuée par ses aides. Tout le personnel de ces services est laïque.

La clinique dermato-syphiligraphique possède en outre un portier, sous la surveillance duquel est placé le personnel des infirmiers, infirmières, etc. Ce portier est chargé de la surveillance du matériel, des malades, du chauffage, etc., etc. Il est placé sous la direction d'un inspecteur-directeur qui surveille la partie matérielle de toutes les cliniques.

Les filles publiques se trouvent séparées des femmes honnêtes, par suite de la distribution du service en salles ou chambres isolées.

Grâce à cette organisation parfaite, l'ordre le plus complet règne dans la clinique. Dans le pavillon de la clinique dermato-syphiligraphique se trouvent huit salles de bains, pourvues chacune d'un appareil à douches froides.

Il existe en outre des salles pour la pharmacie, pour les objets de pansement, pour la tisanerie, la cuisine, etc., etc. Dans le sous-sol se trouvent le calorifère, les locaux destinés à recevoir différents objets, le linge sale, etc., et enfin une sorte de cave vaste, bien éclairée et aérée où le professeur a installé des cages pour les animaux destinés aux recherches de pathologie expérimentale.

L'un des deux assistants habite dans le pavillon de la clinique, un charmant appartement.

Telle est l'organisation matérielle de la clinique dermato-syphiligraphique de l'université de Bonn.

On ne saurait trop louer, et j'ajoute envier, une si pratique et admirable installation. — D'ailleurs, en général, quand les Allemands bâtissent des cliniques, des laboratoires, des instituts, ils le font pratiquement, excellemment et toujours (chose parfaite) d'après le système des pavillons isolés. Ils ne cherchent pas à créer des monuments immenses, des masses architecturales, ils cherchent le côté pratique et l'adaptation du bâtiment au contenu et non du contenu au bâtiment. Cela ne leur coûte pas plus cher, tant s'en faut ; mais en revanche cela rend les services voulus.

(A suivre.)

#### ERRATUM.

Dans le rapport sur le travail de Köbner : « Contribution à la pathologie du lichen ruber », dans le dernier cahier du tome VIII des *Annales* (1887, p. 795, vers la fin de cet article), il faut lire :

Au lieu de : granulations de cellules « grasses » : de cellules conjonctives hypertrophiées et granuleuses (*Mastzellen*), que l'on rencontre dans le lichen, etc.

Le Gérant : MASSON.

